

# TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

Kód oboru: 7502R022

Název bakalářské práce:

### TERMINÁLNĚ NEMOCNÍ SENIOŘI V HOSPICI A V NEMOCNICI

*TERMINALLY ILL SENIORS IN HOSPICE AND IN HOSPITAL*

**Autor:**

Jitka Kozáková  
Sedlisko 1  
463 45 Pěňčín

**Podpis autora:** \_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** Mgr. Kateřina Sýkorová

**Počet:**

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
79	14	12	9	49	1 + 1 CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

V Liberci dne:30.4.2008

# TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

### ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Jméno a příjmení:**

Jitka Kozáková

**Adresa:**

Sedlisko, 463 45 Pěnčín

**Studijní program:**

Sociální práce

**Studijní obor:**

Sociální pracovník

**Kód oboru:**

7502R022

**Název práce:**

TERMINÁLNĚ NEMOCNÍ SENIOŘI V HOSPICI A V NEMOCNICI

**Název práce v angličtině:**

TERMINALLY ILL SENIORS IN HOSPICE AND IN HOSPITAL

**Vedoucí práce:**

Mgr. Kateřina Sýkorová

**Termín odevzdání práce:**

30. 04. 2008

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

  
.....  
**vedoucí bakalářské práce**

  
.....  
**děkan FP TUL**

  
.....  
**vedoucí katedry**

**Zadání převzal (student):** Jitka Kozáková

**Datum:** 16. 02. 2007

**Podpis studenta:**  .....

**Cíl práce:**

Vytvořit metodiku pro práci s terminálně nemocnými seniory v Městské nemocnici Turnov. Pokusit se transformovat hospicovou myšlenku do přístupu k terminálně nemocným seniorům.

**Základní literatura:**

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

PERA, H, WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0170-0.

## **Prohlášení**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis:

## **PODĚKOVÁNÍ**

Předložená bakalářská práce byla vytvořena především zásluhou kvalitního odborného vedení paní Mgr. Kateřiny Sýkorové. Patří jí moje poděkování za podporu, kterou mi poskytovala a za vše, co jsem se díky ní naučila. Děkuji oddělení následné ošetrovatelské péče Panochovy nemocnice v Turnově za poskytnutí podmínek pro vypracování praktické části bakalářské práce, především za pečlivě vypracované dotazníky. Poděkování patří i mým nejbližším, především manželovi a dětem, za jejich podporu a trpělivost, kterou jsem od nich po celou dobu studia dostávala.

**Název bakalářské práce:** Terminálně nemocní senioři v hospici a v nemocnici

**Název bakalářské práce:** Terminally ill seniors in hospices and in hospitals

**Jméno a příjmení autora:** Jitka Kozáková

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2007/2008

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Kateřina Sýkorová

### **Resumé:**

Bakalářská práce se zabývala problematikou terminálně nemocných seniorů a vycházela ze současných přístupů k terminálně nemocným. Jejím cílem bylo vytvoření metodiky pro práci s terminálně nemocnými seniory na následném ošetrovatelském oddělení turnovské nemocnice. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů objasňovala problematiku hospicové a nemocniční péče o terminálně nemocné seniory. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníkové techniky personální předpoklady pro transformaci hospicové myšlenky na následné ošetrovatelské oddělení. Výsledky provedeného průzkumu potvrdily personální předpoklady a přinesly další cenné podněty. Cíl bakalářské práce byl vytvořením metodiky transformace hospicové myšlenky naplněn. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice je možné považovat šíření myšlenky hospicového hnutí na další místa, kde lidé umírají. Další nezanedbatelným přínosem je zmapování vzdělávacích potřeb personálu následného ošetrovatelského oddělení turnovské nemocnice.

**Klíčová slova:** terminálně nemocní senioři, potřeby umírajících, hospicové hnutí, nemocniční péče, následné ošetrovatelské oddělení, dotazníková technika, metodika transformace hospicové myšlenky do nemocnice.

### **Summary:**

These Bachelor's Graduation These's deal with problems of terminally ill seniors and it is based on the knowledge of present approaches to terminally ill people. The goal is to formulate methodology of work with terminally ill seniors at the after-care department of the Turnov Hospital as the purpose of this thesis. There are two main parts in the text. It is a theoretical part based on processing and presentation of special sources that illustrate problems of care terminally ill seniors in hospices and hospitals. In the second part there are results of the research of personnel preconditions for transformation the hospice idea to the

after-care department, this research was done through questionnaire technique. The results of the thesis confirmed the personnel preconditions and they also provided other valuable suggestions. Thus the purpose of the Bachelor's Graduation Theses was fulfilled through creation methodology of hospice idea transformation. Distributing the ideas of hospice movement to other places where people die can be considered be the most important message of this text. The survey of educational requirements of the staff in the after-care department of the Turnov Hospital is the appreciable contribution of the thesis as well.

**Keywords:** terminally ill seniors, needs of dying people, hospice movement, hospital care, after-care department, questionnaire technique, methodology of hospice idea transformation to hospital.

## OBSAH

<b>1</b>	<b>Úvod.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Teoretická část.....</b>	<b>8</b>
2.1	Základní pojmy a jejich vymezení .....	8
2.1.1	Terminálně nemocní senioři.....	10
2.1.2	Umírající a jejich potřeby.....	11
2.1.3	Podpora blízkých umírajícího seniora.....	15
2.1.4	Vyrovňávání se s obdobím umírání .....	16
2.2	Hospicová (paliativní) péče.....	19
2.2.1	Paliativní péče .....	21
2.2.2	Hospicové hnutí.....	22
2.2.3	Organizační základ a financování hospicové péče.....	23
2.2.4	Hospic jako alternativa kvalitní péče o umírající.....	25
2.2.5	Doprovázení umírajících a jejich blízkých.....	28
2.2.6	Podpora blízkých v době zármutku .....	30
2.3	Nemocniční péče a terminálně nemocné.....	31
2.3.1	Organizační základ a financování nemocniční péče .....	32
2.3.2	Nemocnice jako alternativa péče o umírající seniory .....	32
2.3.2	Sociální fáze umírání v nemocnici .....	36
2.3.3	Nežádoucí vedlejší efekty nemocniční péče .....	37
<b>2</b>	<b>Praktická část .....</b>	<b>40</b>
2.1	Panochova nemocnice Turnov s.r.o. ....	41
2.1.1	Oddělení následné ošetrovatelské péče .....	41
2.2	Metodika průzkumu .....	43
2.3	Výsledky průzkumného šetření.....	46
2.4	Diskuse k výsledkům průzkumu .....	62
2.5	Shrnutí provedeného průzkumu .....	64
2.6	Metodika transformace hospicové myšlenky na oddělení turnovské nemocnice ....	66
2.6.1	Východiska metodiky.....	66
2.6.2	Metodika transformace.....	67
<b>3</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>72</b>
<b>4</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>75</b>
<b>5</b>	<b>Seznam tabulek a grafů .....</b>	<b>78</b>
<b>6</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>79</b>
	<b>Příloha č. 1:</b> Certifikát o absolvování cyklu školení pro multidisciplinární hospicové týmy	
	<b>Příloha č. 2:</b> Osvědčení o absolvování odborné praxe u lůžka terminálně nemocných	
	<b>Příloha č. 3:</b> Práva pacientů	
	<b>Příloha č. 4:</b> Charta práv umírajících	
	<b>Příloha č. 5:</b> Dotazník	
	<b>Příloha č. 6:</b> Fotografická dokumentace	



*„Náš život je cesta. Má začátek a má i konec, obojí k cestě patří a do velké míry ji určuje. Když máme hodně sil a svižně kráčíme životem, umíme být stateční a veselí. Když však na svět přicházíme a když z něj odcházíme, často tolik sil nemáme. Jsme křehcí. Potřebujeme mít nablízku ty, kteří nám rozumějí. Hospice na celém světě se snaží odpovídat na toto obyčejné lidské volání po blízkosti, důstojnosti a porozumění“.*

Občanské sdružení Cesta domů

# 1 Úvod

Začátek i konec lidského života mají mnohé společné, jsou jeho nezbytnou součástí. Péče o člověka přicházejícího na svět se v posledních letech změnila k lepšímu a je samozřejmostí, že člověk přichází na svět v blízkosti obou rodičů. I prostředí a péče o matku před porodem a následně po něm je příjemnější a lidštější než dříve.

Ale jak je to na konci lidského života? Velmi často zůstává člověk „sám“ na nemocničním lůžku, které se stává jeho jediným „prostorem soukromí“. Nejbližší umírajícího nemají často potřebné informace o konečném stádiu svého blízkého, aby byli schopni pomoci naplňovat potřeby umírajícího a nemají pro to ani potřebné podmínky.

Nemocný a starý člověk může ještě i na konci svého života žít plnohodnotně, může být prospěšný svým blízkým. Toto je poselství, které se snaží vnášet do současného života ti, kteří propagují hospicovou myšlenku.

S hospicovou myšlenkou jsem se seznámila studiem materiálů k danému tématu, ale i osobní účastí na přednáškách s MUDr. Svatošovou, účastí na dnech hospice v Litoměřicích a v roce 2006 jsem absolvovala cyklus školení pro zakladatele mobilních hospicových týmů.<sup>1</sup> V loňském roce během praxe v rámci studia sociální práce jsem měla možnost prožít několik dní v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci.<sup>2</sup>

Vedlo mě to k zamyšlení nad tím jak skvělou myšlenku přístupu k umírajícím a jejich blízkým šířit i na další místa, kde lidé umírají. Pracuji jako sociální pracovnice pro seniory a součástí mé pracovní náplně je i sociální poradenství pro seniory turnovské nemocnice. Docházím i na oddělení následné ošetrovatelské péče, kde se věnuji i doprovázení umírajících seniorů a podpoře jejich blízkých. A právě toto setkávání s umírajícími mě často vede k nezodpovězené otázce „proč je zde tolik smutku, nedůstojnosti a lhostejnosti, když právě zde mnozí z hospitalizovaných seniorů svůj život končí?“.

Zvolené téma bakalářské práce vychází nejen z mojí profese, ale především z oblasti, která mě již delší dobu zajímá, tou je právě hospicová myšlenka založená na zachování důstojnosti a kvality lidského života až do jeho konce.

Předložená bakalářská práce je koncipována tak, že v teoretické části jsou na základě dostupné literatury vymezeny základní pojmy a objasněna problematika základních potřeb umírajících a jejich blízkých. Další oddíl teoretické části je věnován hospicové péči, kde se daří všechny tyto potřeby umírajících naplňovat velmi kvalitně. Většina lidí ovšem umírá

---

<sup>1</sup> Příloha č. 1: Certifikát o absolvování cyklu školení pro multidisciplinární hospicové týmy.

<sup>2</sup> Příloha č. 2: Osvědčení o absolvování odborné praxe u lůžka terminálně nemocných.

v nemocničním prostředí, které nemá pro kvalitní naplnění potřeb umírajících dostatečné podmínky. Záměrem praktické části bakalářské práce je zmapovat prostředí následného ošetrovateľského oddělení nemocnice v Turnově a zjistit, za jakých podmínek a jakým způsobem je možné hospicovou myšlenku transformovat i tam.

Cílem této bakalářské práce je vytvořit metodiku pro práci s umírajícími seniory na oddělení následné ošetrovateľské péče nemocnice v Turnově. Prostřednictvím metodiky se dále pokusit transformovat tento přístup k umírajícím seniorům s ohledem k provozním, materiálním a personálním podmínkám nemocnice v Turnově.

## 2 Teoretická část

*„Umění zemřít je umění všech umění“.*  
J. A. Komenský

### 2.1 Základní pojmy a jejich vymezení

Cílem této kapitoly je seznámit se základními použitými pojmy pro vypracování bakalářské práce, které zároveň vymezují předmět zájmu.

**Stáří** je období involučních změn, konečná etapa geneticky vyměřeného života. Počátek stáří je datován současně s odchodem do důchodu.

Stáří lze diferencovat na:<sup>3</sup>

časné: od 60, 65 - 75,

pozdní: nad 75 let.

Hlavní cílem tohoto období podle Eriksona, jak uvádí Švingalová, je dosáhnout osobní integrity v pojetí vlastního života. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života jako celku a pochopením jeho smyslu.<sup>4</sup>

Lidé se častěji dožívají stáří a žijí v něm delší dobu. Podíl seniorů v naší populaci bude i nadále narůstat.

---

<sup>3</sup> ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do vývojové psychologie*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2006. s. 87.

<sup>4</sup> Srov. tamtéž

**Senioři** jsou lidé v důchodovém věku. Počet lidí v této věkové skupině stoupá vlivem zvyšující se kvality zdravotní péče. Pro svou bakalářskou práci jsem za předmět zájmu zvolila seniory v terminálním (konečném) stádiu nemoci.<sup>5</sup>

V období stáří se také zvyšuje potřeba zdravotní péče, senioři postupně ztrácejí soběstačnost. Jen malá část lidí dožívající se 80 let je zdravá a soběstačná. Senioři si jsou vědomi blízkosti smrti a jejich strach ze smrti má podobu obav z bolesti a osamělosti v období umírání.

**Umírání a smrt** jsou neoddělitelnou součástí života, přicházejí i do života velmi mladého. Ve stáří je smrt jeho přirozeným zakončením, s věkem se zvyšuje i pravděpodobnost úmrtí.

Většina úmrtí nastává v nemocničním prostředí nebo v jiných institucích. Z tohoto důvodu je umírání a smrt typickou zkušeností každodenního nemocničního života.

**Umírání** je chápáno jako proces, tj. neustále se měnící stav - dění v čase. Umírání je zakončeno smrtí.

**Smrt.** Objasnění pojmu smrt je možno podle Hartla a Hartlové ze dvou hledisek:<sup>6</sup>

**Smrt klinická**, kdy dochází k zástavě srdeční činnosti a dechu, po několika minutách dochází z nedostatku kyslíku k odumírání mozkových buněk.

**Smrt sociální**, kdy je člověk náhle sociálně zcela izolován, odvržen společností, přáteli i rodinou. Smrt sociální může vést k psychogenní, tj. přes psychiku způsobené, smrti.

Ze sociologického hlediska je smrt podle Morralla chápána jako sociální událost, čímž rozumíme způsob, jakým společnost „organizuje“ smrt.<sup>7</sup>

Přijetí stárnutí jako zcela přirozeného jevu v průběhu života člověka je nejlepší přípravou na přijetí smrti a umírání jako konečné fáze života. Blízkost smrti ve stáří jako zakončení prožitého života nás vyzývá k úctě k životu a ke snaze pochopit a pomoci naplňovat potřeby umírajícího. Kubíček dochází k závěru, že stáří a s ním i smrt - a bolest - jsou asi nejtěžší zkoušky každého světového názoru, ale také nejtěžší zkoušky kvality každé osobnosti, každého člověka. A dodává, že stáří samo o sobě je bezpečným měřítkem celoživotní filozofie člověka.<sup>8</sup>

Předmětem zájmu dané bakalářské práce, jak bylo výše naznačeno, jsou terminálně nemocní senioři. S nimi je úzce spojeno zakončení prožitého života, a proto také nutnost dále bližšího seznámení s terminálním obdobím a potřebami seniorů v následujícím textu.

---

<sup>5</sup> Terminální stádium kap. 2.1.1. *Terminálně nemocní senioři*.

<sup>6</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2000. s. 546.

<sup>7</sup> BÁRTLOVÁ, S. *Umírání a smrt jako sociální problém*. Sociální práce. 2005, č. 2, s. 88.

<sup>8</sup> KUBÍČEK, L. *Život - největší umělecké dílo*. Olomouc, 1996. s. 36.

### 2.1.1 Terminálně nemocní senioři

Není snadné označit určité období v průběhu života za konečné - terminální. V lékařské terminologii je tak označováno období umírání.<sup>9</sup>

Definice terminálního stavu uvádí, že v určitém čase dochází k postupnému a nevratnému selhání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt. Terminální stav je „faktickým umíráním“, finálním procesem života. Umírání, a tedy i smrt, si lze představit jako aktivní regulační děj, který vede organismus v chod, kdy už situace jiné řešení nedovoluje.<sup>10</sup>

Proces umírání není možné redukovat pouze na terminální stav. Umírání je delší proces a začíná již tehdy, kdy vejde v odbornou (lékařovu) a následně i laickou (pacientovu) povědomost, že nemoc, která vstoupila do života konkrétního jedince, je perspektivně neslučitelná s životem. Pacient má před sebou ještě relativně dlouhé období života a jeho kvalita je výrazně ovlivňována průběhem nemoci. Terminální stav je tedy vyvrcholením tohoto období umírání.

U pacientů s jiným než onkologickým onemocněním nejsou umírání a blízkost smrti tak zřetelně rozpoznatelné. Úmrtí zde nastává jako náhlé zhoršení jinak chronického onemocnění (např. plicní, kardiologické), popřípadě jako komplikace mobility a následek celkové sešlosti u velmi starých nemocných.

Pro účely této bakalářské práce jsou za cílovou skupinu považováni terminálně nemocní senioři s typickými geriatrickými syndromy, ale i pacienti s nádorovým onemocněním v terminálním stádiu. Pojem geriatrický syndrom zahrnuje nemoci typické pro seniorský věk jako je demence, imobilita s dekubity, inkontinence, svalová slabost, pády apod.<sup>11</sup>

Senior se pod vlivem kumulace zdravotních problémů stává křehkou a závislou bytostí, především v terminálním období. Umírající senior má také svoje základní potřeby, které často není schopen bez pomoci okolí uspokojit.

---

<sup>9</sup> VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha. 1993. s. 323.

<sup>10</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. s. 372.

<sup>11</sup> VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha. 1993. s. 108.

## 2.1.2 Umírající a jejich potřeby

Chceme-li zajistit kvalitní život seniorů i v jeho konečné fázi, je nezbytné pochopit jejich potřeby. Ty je možné odvodit z definice zdraví, jak ji předkládá Světová zdravotnická organizace (dále pouze WHO). Kdy zdraví je stav plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha člověka.<sup>12</sup>

Z definice zdraví lze tedy odvodit čtyři základní oblasti potřeb - a to **biologických, psychologických, sociálních a spirituálních**.<sup>13</sup>

Pro kvalitní život nemocných a umírajících je důležité uspokojování všech uvedených potřeb. Cílem naší péče je pomoci snášet útrapy chronického onemocnění seniorů a vytvářet podmínky pro důstojné a klidné umírání právě vytvářením podmínek pro naplňování všech jejich výše uvedených potřeb. Naším úkolem je snažit se tyto potřeby vyhledávat a maximálně uspokojovat, aby umírající cítil, že je pro své okolí stále důležitý a že jeho život má ještě nějaký smysl.

„Zajistíme, že budete pořád v teple a suchu. Budeme vás udržovat v čistotě. Pomůžeme vám s vyměšováním, s funkcí vašich střev i močového měchýře. Budeme mít pro vás vždycky jídlo a tekutiny. Budeme s vámi. Budeme svědky vaší bolesti a vašeho smutku, vašeho rozčarování i vašich triumfů, budeme naslouchat příběhům z vašeho života a zapamatujeme si příběh vašeho umírání.“<sup>14</sup>

Tímto způsobem je možné vnímat naplňování potřeb umírajících a zajištění kvality života až do jeho konce. Pro zajištění kvalitního života i v terminálním období je nezbytné vědět, co jednotlivé oblasti potřeb zahrnují.

**A. Biologické potřeby** jsou spojené s přijímáním potravy, vylučováním, dýcháním a dalším zajištěním tělesné pohody a celkového komfortu jako zabránění proleženinám, bolestem, zajištění nerušeného spánku apod. U umírajícího je zapotřebí věnovat pozornost zabezpečení především následujících biologických potřeb:

- Zmírnění nebo odstranění **fyzické bolesti**. Bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stádií všech onemocnění a pacienti se jí nejčastěji obávají.

<sup>12</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 6.

<sup>13</sup> Srov. tamtéž.

<sup>14</sup> BYOCK, I. *Dobré umírání*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. s. 281.

Obecnými předpoklady k účinné léčbě bolesti jsou dle odborníků WHO faktická dostupnost analgetik, dostatečné znalosti a dovednosti zdravotníků v léčbě bolesti a taková organizace zdravotní péče, která činí tuto péči dostupnou všem nemocným.<sup>15</sup>

Umírající si zaslouží zbývajícím čas svého života žít bez bolesti, která by jej vyčerpávala. Léčba pomocí opiátů je jednou z možností a většinou vede k osvobození od bolesti při zachování vědomí.

- **Péče o pokožku** je nezbytná z lékařského hlediska, ale také ke spokojenosti umírajícího. Ten potřebuje zajistit pohodlí změnou polohy na boku a na zádech, vhodným vypořádáním. Velmi dobře poslouží i antidekubitní matrace, která mírné polohování zajišťuje automaticky. Příjemné pro ležící pacienty je promazávání zad, nohou vhodnými tělovými krémy. I tímto způsobem je možné přispět k zabránění proleženinám terminálně nemocných.
- **Potřeba jídla a pití.** Může se změnit i chuť jídla, které měl nemocný rád. Důležité je umět nalézt, co bude vhodným pokrmem pro nemocného a v jaké podobě. Umírající ztrácí zájem o jakékoli jídlo a pití, je to důsledek „zpomalování“ tělesných funkcí. Pokud pacient nemůže polykat, nepotřebuje ani pít, stačí vytírat ústa a vlhčit rty. Následná dehydratace umírajícího neobtěžuje, naopak mu může snížit výskyt nepříjemných symptomů jako zvracení, bolesti nebo ztížené dýchání.

Kvalitní zajištění biologických potřeb předpokládá u pečujících i znalost všech těchto procesů spojených s terminální fází života člověka. Důležité je uvědomit si, že bez kvalitního zajištění biologických potřeb není snadné zajistit zbývajícím základní potřeby.

**B. Psychologické potřeby umírajících** jsou spojené s potřebou psychické podpory, protože jejich tělesné bytí, jejich samotná existence je ohrožena.

Naše znalosti o psychických symptomech jsou chudší, než je tomu v případě tělesných, jako je např. bolest. Za psychické symptomy umírajících jsou považovány nejčastěji deprese, delirium, ale také strach, hněv, smutek a mnoho dalších.<sup>16</sup>

Pečovat o psychický stav umírajícího tj. zmírňovat a předcházet výše uvedeným symptomům, znamená věnovat pozornost jeho emocionálnímu stavu, jeho myšlení a jeho potřebám a snahám. Emoce jsou v období umírání mimořádně aktivní a umírající

---

<sup>15</sup> *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. s. 91.

<sup>16</sup> Srov. kap. 2.1.4 *Vyrovňování se s obdobím umírání nemocných a jejich blízkých*.

s velkou citlivostí sleduje své okolí a vnímá podněty, které by mu mohly naznačit, jaký je jeho zdravotní stav a jaký je např. i postoj okolí k němu.

V psychologické podpoře jde především o rozpoznání toho, co umírající potřebuje. Takovou podporu mohou poskytovat všichni lidé kolem umírajícího, rodina - celá jeho sociální síť, zdravotníci - bez ohledu na jejich specializaci. Je důležité umožnit nemocnému a jeho blízkým vyjádřit pocity a myšlenky, týkající se změny situace nebo vlastního umírání.

Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje.<sup>17</sup>

Umírající potřebuje cítit, že je respektován jako člověk s lidskou důstojností, a to nezávisle na jeho tělesných, psychických a jiných projevech. Respektovat znamená mít úctu a bezpodmínečně přijímat člověka v každé jeho chvíli.

**C. Sociální potřeby umírajícího** jsou uspokojovány především jeho rodinou a nejbližšími.

Umírající je nevědomky vylučován z lidského společenství i ze společenství rodiny a stává se jen věcí v nemocnici. Je vytržen odtud, jakoby se dopustil osobní nebo společenské zrady. Jeho utrpení a umírání je anonymní a přihlíží mu jen ti, kteří to mají v popisu práce, pokud se tomu nevyhýbají i oni. Útěcha z přítomnosti rodiny u jeho lůžka bývá často omezována jen na dobu návštěv.... Zatímco dříve byl umírající ve středu pozornosti své rodiny, nyní je v nemocnici jen „případem a věcí“.<sup>18</sup>

A právě v této době potřebuje se svými blízkými mluvit o společně prožitém životě. Umírající cítí odpovědnost za usmíření pošramocených vztahů s rodinou, s blízkými. Potřeba usmíření je jedním z nejdůležitějších momentů vědomí blízkosti smrti. Obrovská potřeba umírajícího po útěše a smíru se netýká pouze jeho blízkých, ale i smíření s vyšší bytostí, nebo i se sebou samým.

**D. Spirituální (duchovní) potřeby** byly až do nedávné doby více méně tabu i přesto, že u terminálně nemocných seniorů často patří mezi nejdůležitější. Stále se ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků domnívá, že jde o uspokojování potřeb pouze věřících. Člověk

---

<sup>17</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 8.

<sup>18</sup> PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. s. 121.



žijící z víry ví obvykle jak svoje duchovní potřeby naplnit. Ale i nevěřící se na konci vlastního života zabývají jeho smyslem a potřebují vědět, že jim bylo odpuštěno.

U některých lidí pocit nepřipravenosti zastírá otázku po smyslu. Nejde o pouhé intelektuální záležitosti filosofie nebo náboženství, ale spíš o litý boj o porozumění, proč se jisté věci ve vašem životě staly právě tak, jak se staly.<sup>19</sup>

V situaci umírajících nemocných je většinou pocíťována silná potřeba bilancovat svůj život. Před hloubkou tajemství vlastního života stojí ale každý nakonec sám. A jak zdůrazňuje vídeňský psychiatr V. E. Frankl, je to nakonec člověk sám, kdo nalézá smysl svého života. Ten (smysl života) musí pacient najít sám a samostatně.<sup>20</sup>

K otázce smyslu dále Frankl uvádí, že smysl lidského života nemůže být dán nýbrž musí být nalezen...na otázku po posledním smyslu lidského utrpení, lidského života, nemůže už být intelektuální, nýbrž pouze existenciální odpověď: neodpovídáme slovy, nýbrž odpovědí je celá naše existence.<sup>21</sup>

Franklovi vděčíme za hlubokou analýzu terminálního období nemoci z existencionálního hlediska.

Umírající touží po pocitu, že jejich život měl smysl, že po nich na tomto světě něco zůstane, že na věcech i lidech kolem zanechají nějakou stopu. Pokud není tato potřeba smysluplnosti naplněna dochází ke stavu duchovní nouze. V opačném případě, jak uvádí Vorlíček, pokud je člověk přesvědčen, že jeho život má hluboký smysl, vede jej k odpovědnému jednání a současně představuje zdroj optimismu a nikdy nekončící naděje.<sup>22</sup>

Umírající hledá odpověď na řadu otázek svého vnitřního života. Z výše uvedeného je zřejmé, že naplnění duchovních potřeb je záležitostí umírajícího, ale od ostatních je pro tyto chvíle důležitá podpora a doprovázení.<sup>23</sup>

Z dosud řečeného vyplývá, že snažíme-li se citlivě vnímat potřeby umírajících a pomáhat v jejich naplnění, pomáháme i zachovat jejich důstojnost. Důstojnost člověka je výzvou k tomu, abychom ji střežili a zachovali i tehdy, když člověk zestárne, zeslábne, trpí a

---

<sup>19</sup> BYOCK,I. *Dobré umírání*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. s. 311.

<sup>20</sup> FRANKL,V.E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 2006. s. 126.

<sup>21</sup> Srov. tamtéž s. 18-19.

<sup>22</sup> VORLÍČEK,I., ADAM,Z., POSPÍŠILOVÁ,Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 449

<sup>23</sup> Srov. kap. 2.2.5. *Doprovázení umírajících a jejich blízkých*.

potřebuje zřetelně naši pomoc. Zachování důstojnosti a kvalitního života umírajících až do jejich konce dokazuje i naši lidskost a úctu k životu.

Potřeby umírajících pacientů se po staletí nemění, pouze se změnila naše schopnost vycházet jim vstříc. Umírající nezvládne zajištění výše uvedených potřeb bez pomoci okolí. Potřebuje kvalitní ošetrovatelskou péči, podporu svých blízkých a doprovázení v náročném úseku životní cesty. Podobně i jeho nejbližší potřebují podporu okolí, aby dokázali být s umírajícím až do jeho posledních chvil.

### 2.1.3 Podpora blízkých umírajícího seniora

Okruhem osob, které umírající zahrnuje mezi své blízké, nemusí být pouze rodina. Pro umírajícího pacienta tam mohou patřit i přátelé, kteří mu poskytují podporu a pomoc. Blízcí jsou lidé, jejichž vztahy jsou pro umírajícího důležité. Blízcí jsou ti, kteří pomáhají umírajícímu v posledním úseku života a nepatří mezi profesionály. I pro ně je to období náročné. Procházejí podobně jako umírající fázemi vyrovnání se s náročným obdobím, ale zároveň se od nich očekává, že se přizpůsobí fázím umírajícího.<sup>24</sup>

Blízkým v péči o své umírající často brání především nedostatek zkušeností s důstojným umíráním a se zabezpečením kvalitní péče. Manželé Špinkovi k tomuto dodávají, že „jsme zaskočení, když nám zestárnou rodiče a potřebují trpělivou péči podobnou té, kterou jsme od nich samozřejmě přijímali, když jsme byli malé děti ... Zavíráme za těmi pomyslnými dveřmi svým dětem i možnost vidět dobrý příklad péče o rodiče, když zeslábnou...Zavřeli jsme za dveře kus svého života, teď se toho bojíme a poplašeně voláme, aby někdo tento jeho divný kus (a pokud možno bez nás) definitivně a bezbolestně odkrojil.“<sup>25</sup>

S tím souvisí i trend, že na umírání máme odborníky a instituce, které tyto věci vyřeší za nás. Setkáváme se i s opačným přístupem, kdy rodina odvede velký kus práce, který jen obtížně může nahradit někdo cizí. Právě k této práci potřebuje dostatečnou podporu odborníků a svého okolí. Blízcí, kteří umírajícího doprovázejí a často o něj i pečují, potřebují od svého

---

<sup>24</sup> Fáze vyrovnávání s náročnou situací viz. kap. 2.1.4. *Vyrovnávání se s obdobím umírání nemocných a jejich blízkých.*

<sup>25</sup> ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme?* 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2006. s. 28.

okolí a od profesionálů následující podporu, aby v náročném úkolu dokázali vytrvat až do konce.<sup>26</sup>

- Členové rodiny a ostatní blízcí umírajícího potřebují především být informováni o blížící se smrti a o zdravotním stavu umírajícího.
- Potřebují být s umírajícím, být mu nápomocni a mít k tomu vytvořeny vhodné podmínky.
- Mít jistotu, že o umírajícího je dobře postaráno ze strany profesionálů, že z jejich strany je poskytnuto maximum.
- Mít útěchu a podporu od ostatních členů rodiny a obdržet uznání a podporu od profesionálů.
- Je-li péče o umírajícího poskytována v domácím prostředí, neobejde se nutně bez pomoci ostatních profesionálů i laiků. Je zapotřebí obnovit a načerpat síly, požádat druhé o pomoc.
- Doprovázející pečující potřebují projevit city, akceptovat svou emocionální reakci.

#### **2.1.4 Vyrovnávání se s obdobím umírání**

Neméně důležitá je i znalost fází, kterými neprochází jen umírající, ale jak bylo zmíněno v předešlé kapitole i jeho nejbližší. Na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími je velice přehledně popsala Elizabeth Kübler-Rosová, z jejíž koncepce čerpám na následujících řádcích.<sup>27</sup>

##### **Fáze negace - šok, popření**

Člověk se brání a přesvědčuje sám sebe, že se lékaři spletli. Vágnerová uvádí, že popření je běžnou psychickou reakcí na takovou situaci, která se někdy objevuje i navzdory somatickým potížím (již po delší dobu signalizují ztrátu zdraví). V této fázi nemá smysl nemocného podrobněji informovat o dalším průběhu choroby, protože by tato fakta stejně nepřijal.<sup>28</sup>

Tato obranná reakce se objevuje v určité míře téměř u všech, tedy i u terminálně nemocných seniorů. Zvláště se s ní setkáváme u lidí, kterým byla diagnóza oznámena necitlivým a

---

<sup>26</sup> Volně zpracováno dle cyklu školení pro mobilní hospicové týmy, zakladatele mobilních hospiců a sociální týmy. 2006.

<sup>27</sup> pokud není uvedeno jinak, srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. s. 7 – 133.

<sup>28</sup> VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 87.

nedůstojným způsobem. Vlastně je to jakási přirozená reakce, kdy si lidská psychika říká o čas a vytváří si prostor pro přijetí. Nemocný potřebuje vědět, že není sám a od okolí potřebuje čas, kdy se bude sám chtít bavit o tom, co popírá. Neznamená to lhát, ale říkat pravdu s ohledem na připravenost člověka ji přijmout.

### **Fáze agrese - hněv, vzpoura**

Člověk postupně přijímá skutečnost, že je vážně nemocný. V této fázi se objevuje tendence ke generalizované negaci, z hlediska nemocného je všechno špatné, všechno ztratilo smysl, nic už nemá význam.<sup>29</sup> Emoční reakce na uvědomění si ztráty i dalšího ohrožení, které nemoc přináší může být různá. Postupné uvědomování si nepříznivé skutečnosti, doprovází smutek a hněv. Nemocný bývá destruktivně zaměřený na všechno kolem, i na sebe. I hněv je přirozenou reakcí, jak se vyrovnat s něčím, co obtížně zvládáme. A tak se nemocný hněvá na všechny okolo včetně svých nejbližších.

Ti trpí často spolu s ním, navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon.<sup>30</sup> Jestliže bylo důležité vytrvat při nemocném a dopřát mu čas v předchozí fázi, ještě důležitější je to teď.

### **Fáze smlouvání - vyjednávání**

Nemocný se pokouší o určitý kompromis s realitou. Už skutečnost tak intenzivně nepopírá, možná se už nehněvá, ale smlouvá. Kübler-Rossová přirovnává takové chování k chování dítěte. Kdy danou skutečnost nešlo změnit po zlém, hněvem a vztekem, snad to půjde po dobrém smlouváním. I v této reakci je cítit nepřijetí skutečnosti, kdy nemocný se snaží po fázi smutku najít svou další cestu, aby situaci změnil.

Nemocný ze svých přání slevuje, už ví, že nelze očekávat zázrak, ale snaží se dosáhnout alespoň něčeho. Smlouvá s osudem, činí velké sliby. Rád by své onemocnění alespoň zmírnil, omezil jeho dopad na svůj život, oddálil jeho progresi apod. Akceptuje léčbu, snaží se spolupracovat, i když někdy může očekávat větší zlepšení než je možné. Z kognitivního hlediska lze toto období označit jako fázi reorientace, nemocný svou situaci interpretuje jinak než dříve a v závislosti na tom se mění i jeho postoj.<sup>31</sup>

Fáze smlouvání vede postupně k vyrovnání se s danou skutečností.

### **Fáze deprese - smutku**

Objevuje se tehdy, když si člověk myslí, že již není možné nic dělat. Lze ji chápat i jako projev truchlení nad ztrátami. Mohou se objevovat i výčitky a pocity zavinění. Nemocný je

---

<sup>29</sup>VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 87.

<sup>30</sup>SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 10.

<sup>31</sup>VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 88.

konfrontován s realitou a uvědomuje si kolik toho ztrácí. V souvislosti se svým zdravotním stavem čelí mnohým omezením. Nemůže se hýbat, je možná i upoután na lůžko. Nemůže jíst, co by chtěl a dopřát si, co by si přál. Má bolesti, klesá jeho výkonnost. Věci, které naplňovaly jeho život jsou teď pryč a dokonce i některé vztahy.

Touží po tom, aby u něho byl někdo, kdo vydrží a unese jeho depresivitu a nebude mu smutek povrchně vyvracet. Depresivní úsek cesty nemocného může vést k přijetí věcí, jak jsou.

### **Fáze smíření - souhlas**

V ideálním případě dospěje nemocný až do tohoto stádia. Akceptuje svůj stav takový jaký je, už se nehněvá. Tuto fázi nelze zaměňovat s rezignací, jak popisuje Kübler-Rossová, když říká, že pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tváři se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidi, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia přijetí pravdy.<sup>32</sup> Signálem smíření je i nalezení nového smyslu pro tuto chvíli života.

Uvedené fáze nemusí následovat chronologicky za sebou, mohou se objevit, když už se zdály být pryč. Také nemusí k některé fázi dojít vůbec. Podobnými fázemi vyrovnání se s danou skutečností prochází i rodina a blízcí nemocného. Stává se, že se nemocný a jeho blízcí nacházejí v rozdílných fázích, což je pochopitelně zátěží pro vzájemné vztahy. Především pro rodinu a blízké, od nichž se očekává, že se snaží pochopit současný stav vyrovnávání se s danou skutečností u umírajícího.

Pro přiblížení prožívání rozdílných fází umírajícího a jeho blízkých, bych ráda citovala příběh paní B.H.

*Paní B.H. byla obyvatelkou Penzionu pro důchodce. Poznala jsem ji v době, kdy byla vážně nemocná a potřebovala pomoc při vyřizování příspěvků a dávek. Paní B.H. byla v této době smířena se svojí nemocí a působila velmi vyrovnaně. Asi za tři měsíce jsme se potkaly v nemocnici, kam docházím jako sociální pracovnice. Byla tam převezena z onkologie a podle lékařských zpráv se u paní B.H. jednalo již o terminální stádium. Při návštěvách paní B.H. jsem se v nemocnici setkávala i s její dcerou, která si při každém našem setkání stěžovala na nemocniční péči. Dcera měla neustále potřebu zdůvodňovat si terminální stádium maminky*

---

<sup>32</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 11.

*jako selhání zdravotní péče. Byla přesvědčena, že ve svých 85 letech maminka se svoji diagnózou nemusí umřít, kdyby lékaři udělali vše, co bylo v jejich silách.*

*Paní B.H. měla vždy plný nemocniční stůl rozličných pochutin a variant jídel, ale bohužel ztrácela o jídlo zájem, jedla pouze kvůli dceři. Paní B.H. viděla, že dcera nepřijímá její blízký konec života, ale nedokázala s ní o tom hovořit, bála se jí tímto způsobem ublížit.*

*Proces vyrovnávání se s umíráním paní B.H. se ztížil cévní mozkovou příhodou, kdy spolu již nemohly hovořit.*

*Z příběhu paní B.H. pozorujeme rozdílnost prožívání terminálního stádia umírající pacientky a její dcery. Umírající může být ve fázi smíření, ale jeho nejbližší zatím ve fázi smlouvání, kdy se nechtějí připustit, že ztrácejí svého nejbližšího.*

Během stáže v hospici jsem měla příležitost poznat vztahy, kde na obou stranách došlo ke smíření a vyrovnání. Smrt se potom nezdá těžká a je završením společně prožitého života, je naplněním vzájemných vztahů. V těchto chvílích smíření je ponechán prostor pouze pro vzájemnost, kdy jsou poslední dny využívány co nejplněji. Umírající odchází, ale všechno důležité už je vyřčeno. Blízcí i přes slzy v očích mají pocit, že udělali vše, co mohli a měli udělat.

## **2.2 Hospicová (paliativní) péče**

*„...,spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí!...až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet za ruku, ale nepodrželi...“*

Jan Twardowski

Potřeby umírajících a jejich blízkých jsou u všech lidí velmi podobné, ale ne vždy dochází k jejich naplňování. Uspokojování potřeb je závislé i na prostředí, kde je péče umírajícím poskytována. Hospicová péče je variantou péče, kde se daří tyto potřeby umírajících a jejich blízkých uspokojovat.

Cílem této kapitoly je seznámit se s hospicovou formou péče o umírající a jejich blízké prostřednictvím nejprve základního pojmosloví.

**Paliativní péče** je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.<sup>33</sup>

**Hospicová péče** - původně pojem používaný pro formu péče, která se rozvinula v protikladu k běžné zdravotní péči. Hospicová péče kladla důraz na komfort, psychické a spirituální rozměry péče a mnoho práce tu vykonávali dobrovolníci. Dnes je v mnoha zemích stále častěji termín hospicová péče používán jako synonymum paliativní péče.<sup>34</sup>

**Hospicový program** je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i v situaci hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.<sup>35</sup>

**Hospic** - pojem z angličtiny, znamená „domov pro nemocné“ nebo „útulek pro opuštěné“. Hospic má podobu lůžkového zařízení nebo domácí péče. Lůžkový hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči. Domácí (nebo také „mobilní“) hospic poskytuje specializovanou paliativní péči v domácnostech pacientů, kde hlavními pečovateli jsou rodina a přátelé nemocného (**dále bude pro potřeby této bakalářské práce za hospic považováno pouze lůžkové zařízení**).

**Pacient** - obvyklé označení uživatele hospice, který potřebuje paliativní péči.

Po seznámení se se základními pojmy, je možné přejít k strukturování hospicové péče na jednotlivé prvky, které jsou pro danou formu péče typické.

---

<sup>33</sup> VORLÍČEK,I., ADAM,Z., POSPÍŠILOVÁ,Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 24.

<sup>34</sup> *Na cestách domů. Paliativní péče a dobré umírání*. Praha. Cesta domů, 2006. s. 42.

<sup>35</sup> VORLÍČEK,I., ADAM,Z., POSPÍŠILOVÁ,Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 24.

### 2.2.1 Paliativní péče

Paliativní péče je pojem nadřazený pojmu hospicová péče. Paliativní péče je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají. Zabývá se zmírňováním utrpení, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života.<sup>36</sup>

***Paliativní péče zahrnuje následující principy, které odpovídají na potřeby nemocných:***<sup>37</sup>

- chrání důstojnost umírajících a klade hlavní důraz na kvalitu jejich života
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a zahrnuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty
- vychází z individuálních přání a potřeb nemocných, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává proto nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb a umožňuje jim prožít poslední období života ve společnosti svých blízkých
- nabízí účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti jejich blízkého
- vychází ze zásady, že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

Původní koncept paliativní péče se zaměřoval především na umírající onkologicky nemocné v posledním stádiu života. Koncept péče se posouvá i k jiným progresivním chronickým chorobám. Rozšiřuje se i časový záběr péče, která zahrnuje ne už pouze terminální stav nemocného<sup>38</sup>, ale život ohrožující stav vůbec, tj. nemocný má život ohrožující diagnózu, nemusí právě umírat. Takto pojatá paliativní péče opravuje původní tezi, že paliativní péče nastupuje tam, kde končí péče kurativní (na příčinu nemoci orientovaná léčba).

---

<sup>36</sup> *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1. vyd. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. s. 8.

<sup>37</sup> Volně podle VORLÍČEK, I., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004.

<sup>38</sup> Viz. kap. 2.1.1 *Terminálně nemocní senioři*



## 2.2.2 Hospicové hnutí

**Myšlenka hospice** vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.<sup>39</sup>

Hospic garantuje nemocnému, že

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích nezůstane osamocen (pokud si to nepřeje)

Z myšlenky hospice je zřejmé, že jde o určitý způsob přístupu k umírajícím. Důstojná péče o umírajícího člověka znamená, že je brán vážně a s úctou, je s ním zacházeno jako s člověkem, až do poslední chvíle. Umírající má právo si nechat pomoci od druhých, ale i právo odmítnout léčbu. Vždy je třeba si připomenout, že před námi stojí ne „pacient, ale vždy jedinečný člověk se svou nemocí“.<sup>40</sup> Hospic ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se a respektovat jeho rozhodnutí, priority. Hospic poskytuje nemocným paliativní, především symptomatickou léčbu a péči, současně se snaží uspokojit i jejich potřeby psychické, sociální a spirituální.<sup>41</sup>

V hospicové péči nejde v první řadě o péči v hospici - budově, ačkoliv i tato forma péče sem spadá. Jde o způsob přístupu k člověku, který může být praktikován kdekoli.

Svatošová k problematice transformace hospicové myšlenky do nemocnic říká, že při dobré vůli lze mnoho z myšlenky hospice uplatnit i v nemocnicích, jednotky intenzivní péče nevyjímaje. Všichni se musí snažit o to, aby i tam myšlenka hospice pronikla, vždyť nikdo z nás nemůže vědět, kde on sám bude umírat.<sup>42</sup>

Předpokladem pro šíření hospicové myšlenky i na další místa, kde lidi umírají, je její znalost a ochota šířit ji dále.

### Historie hospicové myšlenky

Myšlenka hospiců prodělala od svého vzniku ve středověku velký posun. Od domu pro poutníky přes místo péče o chudé a nemocné až po rok 1969, kdy v Londýně založila Cecily Saundersová první moderní hospic, v němž nabídla péči nevyléčitelně nemocným

<sup>39</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 62.

<sup>40</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. s. 39.

<sup>41</sup> Srov. Principy paliativní péče, s. 17. **Symptomatická léčba** - jedná se o léčení příznaků, symptomů nemoci, ne o příčinu nemoci.

<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2#30> (20.9.2007).

<sup>42</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 64.

v závěrečném stádiu života. Začátkem devadesátých let 20. století se hospicové hnutí dostalo i do českých zemí. V roce 1993 vzniklo sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí Ecce homo. Díky jeho spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové a podporou ministerstva zdravotnictví mohl v roce 1996 vzniknout první hospic v Červeném Kostelci. Na základě dobrých zkušeností z Červeného Kostelce Ministerstvo zdravotnictví pokračovalo v podpoře vzniku dalších hospicových zařízení:

- 1998 - Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích,
- 1998 - Hospic sv. Lazara v Plzni,
- 1999 - Ústav léčby bolesti s hospicem v Rajhradě u Brna,
- 2001 - Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích,
- 2002 - Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce,
- 2004 - Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí.
- 2005 - Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích
- 2007 – Hospic sv. Lukáše v Ostravě

Pro podrobnější informace o daných zařízeních odkazují na jejich internetové stránky.<sup>43</sup>

### **2.2.3 Organizační základ a financování hospicové péče**

#### **Organizační základ hospicové péče**

Zřizovateli hospiců jsou především neziskové organizace, jakými jsou občanská sdružení, ale i obecně prospěšné společnosti. Církve se na zřizování zařízení pro péči o umírající a jejich blízké podílejí také značnou měrou. A to především Charity Římskokatolické církve a Diakonie Českobratrské církve evangelické. Dále jsou zřizovateli i magistrátní úřady a fakultní nemocnice.

Zřizování hospicových lůžek je nákladnějších než např. lůžek interních oddělení nemocnic. Plánovaný hospic by měl mít nejméně 80% lůžek v jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro doprovázející osoby.<sup>44</sup> Ubytovací kapacity pro doprovázející osoby se do počtu hospicových lůžek pro účely státní dotace nezapočítávají a zvyšují tak náklady na jedno hospicové lůžko.

---

<sup>43</sup> <http://hospice.cz/hospice1/org.php>. (20.8.2007).

<sup>44</sup> FILEC, V. *Služby paliativní péče v systému zdravotní péče v České republice*. Z informačních zdrojů nejen pro seniory. Cesta domů.

Jednolůžkové pokoje v hospicích nejsou nadstandard. Neboť nemocný potřebuje klid a soukromí k otevřeným rozhovorům a přítomnost dalšího člověka by mohla představovat bariéru.

Ke zvládnutí symptomů nemoci musí být hospic vybaven architektonicky (důsledná bezbariérovost, kaple, místnosti posledního rozloučení) a technicky (polohovací postele, zvedáky, mobilní vany, rozvody medicinálních plynů nebo koncentrátory kyslíku, lineární dávkovače opiátů, sterilizátory atd.).

Všechny hospice, jak uvádí Svatošová, mají řadu společných prostor, kde se mohou nemocní i jejich návštěvy, včetně dobrovolníků, neomezeně scházet. A dodává, že v popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici.<sup>45</sup>

Provoz hospicových lůžek je nákladný i vzhledem k závažnosti stavu nemocných a potřebě multiprofesionálního přístupu a náročnosti léčebné i ošetrovatelské péče.

### **Financování hospicové péče**

Více než deset let lůžkové hospice usilovaly o své legislativní zakotvení. Teprve v létě 2006 po interpelaci lidoveckého poslance Janečka Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR do Zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. doplnila §22a s názvem "Zvláštní ústavní péče - péče paliativní lůžková - ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu."<sup>46</sup>

Do sazebníku zdravotních pojišťoven se tak dostal kód „lůžko následné péče hospicového typu“, který zohledňuje rozdíl v péči a nákladech mezi lůžkem následné péče a lůžkem v hospici. Přesto nestačí platby zdravotních pojišťoven na pokrytí provozních nákladů, avšak podíl plateb ze zdravotního pojištění na celkových provozních nákladech hospiců postupně stoupá.

Financování hospicové péče je vícezdrojové a to následujícím způsobem:

- Část nákladů na lůžka hradí lůžkovému hospici zdravotní pojišťovna.
- Další finanční zdroje jsou získávány formou nenárokových dotací od krajského úřadu, příspěvků od měst a obcí.
- Pro zajištění chodu zařízení jsou rovněž důležité dary od sponzorů a dárců z řad občanů.

---

<sup>45</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 66.

<sup>46</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/leg.php>. (20.8.2007).

- Výše uvedené zdroje jsou nedostatečné k pokrytí nákladů, a proto je nezbytná spoluúčast nemocného a jeho doprovodu. V tomto případě je však přihlíženo i k výši příjmu nemocného a jeho blízkého.

Získávání finančních zdrojů není snadné, ale i přesto se daří v hospicích zajistit kvalitní péči o umírající.

## 2.2.4 Hospic jako alternativa kvalitní péče o umírající

Hospic, jak bylo výše vymezeno, je pro potřeby této bakalářské práce chápán jako lůžkové zařízení, kde je poskytována hospicová péče.

Hospicová péče není určena pouze terminálně nemocným. Z hlediska časového zahrnuje tři období:<sup>47</sup>

1. **období (pre finem)** - péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu. Období trvá měsíce i roky a pomoc je poskytována formou domácí hospicové péče.
2. **období (in finem)** - péče a doprovázení v terminálním stadiu
3. **období (post finem)** - péče o tělo zemřelého, doprovázení pozůstalých podle jejich potřeby

### Kritéria pro přijetí pacienta do hospice

Do hospice je zpravidla přijímán nemocný, u kterého jsou splněny následující podmínky:<sup>48</sup>

- postupující nemoc ohrožuje nemocného na životě (nemusí se jednat o nemocné v terminální fázi),
- paliativní léčba a péče je nezbytná,
- nemocný nepotřebuje akutní nemocniční ošetření,
- domácí péče svépomocí je nedostatečná nebo není možná.

<sup>47</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. s. 58.

<sup>48</sup> VORLÍČEK, I., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 512.

## **Hospicový režim**

Na rozdíl od nemocnice, kde je v centru pozornosti nemoc, je v hospici dána přednost pacientovi. Pacienti mohou vstávat či jít spát, kdy chtějí, jídlo dostávají sice pravidelně, ale mohou si ho nechat na později. Strava je přizpůsobována potřebám umírajících a je také závislá na jejich přáních.

Pacienti mohou v doprovodu návštěv nebo dobrovolníků opustit budovu hospice a na invalidním vozíku zajet např. do kavárny či samoobsluhy. Ovšem jen v tom případě, že jim to jejich zdravotní stav dovoluje. Většina hospiců má vlastní zahradu či terasu, na kterou je možné vyjet i s lůžkem.<sup>49</sup>

Je zde velice žádoucí přítomnost rodinných příslušníků, obvykle bydlí na přistýlce u nemocného. Pokud chtějí mohou se podílet na péči o nemocného, není to ale povinností, důležitá je jejich přítomnost.

Potřebný spojovací článek mezi hospicem a místní komunitou představují kromě rodinných příslušníků také dobrovolníci.<sup>50</sup>

## **Personál hospice**

Kvalitní hospicová péče vyžaduje věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Optimální péče musí zahrnovat multidisciplinární přístup, tj. spolupráci odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného. Následující tabulka ukazuje personální složení multidisciplinárního týmu, jak ho uvádí Vorlíček a jak je to pro zajištění potřeb umírajících žádoucí. (tab. č.1).<sup>51</sup>

**Tabulka č. 1: Personální složení multidisciplinárního týmu hospice**

lékaři různých specializací zdravotní sestry dietní sestra sociální pracovník rehabilitační pracovník psycholog psychiatr duchovní další pracovníci dle potřeby
členové rodiny přátelé dobrovolníci

<sup>49</sup> Příloha č. 6: Fotografická dokumentace

<sup>50</sup> K dobrovolníkům podrobněji další část textu, s. 28.

<sup>51</sup> VORLÍČEK, I., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 27.

Společným cílem všech výše uvedených specialistů i laiků je zajištění efektivní paliativní péče, která vyžaduje komplexní přístup, tj. uspokojování všech potřeb nemocného, tišení jeho bolesti a léčení dalších symptomů nemoci. Je zapotřebí lidský a současně profesionální přístup a dobrá týmová práce. Každý má své nezastupitelné místo a neméně důležitá je vzájemná spolupráce týmu.

Pro zaměstnání v hospici nestačí pouze profesní odbornost, ale jsou pro ni nezbytné a možná ještě důležitější osobnostní předpoklady jako jsou:<sup>52</sup>

- vyrovnaní se a smíření s vlastní konečností, se svou vlastní smrtelností
- pozitivní myšlení
- empatie, umění naslouchat
- nedirektivní přístup k nemocným
- opravdovost a pravdivost
- přijetí druhého takového jaký je, nehodnotit druhé
- bezpodmínečně vědět, jak vlastní energii - sílu a lásku doplňovat
- znalost vlastních hranic, přijmutí sebe sama

Zaměstnanci hospiců jsou zpravidla lidé, kteří mají potřebnou profesní odbornost, výše uvedené osobnostní předpoklady a také pochopení svých blízkých. Často to jsou lidé altruističtí - ochotni nezištně pomáhat. Svatošová říká, že pracovníky chrání před syndromem vyhoření nadšení z nových možností pomoci umírajícím.<sup>53</sup> Podle Svatošové, je pro všechny, kdo se setkávají v takovém rozsahu s umírajícími nezbytným předpokladem vyrovnaní se s vlastní smrtelností a omezeností. Snaha uzdravit a zachránit nemocného za každou cenu může být v případě práce v hospici překážkou.<sup>54</sup>

Velmi důležitou roli v multidisciplinárním týmu má **dobrovolnická činnost**. Dobrovolníci jsou lidi různých profesí, studenti, ale i důchodci, kteří věnují bez náhrady mzdy svůj volný čas potřebným. Jejich největší přínos spočívá v tom, že pomáhají do péče o umírající vnášet potřebný prvek vzájemnosti a samozřejmé lidské solidarity.

Dobrovolníci si s pacienty povídají, předčítají jim z jejich oblíbené knihy nebo jen mlčí a drží je za ruku. Umírající touží po lidské blízkosti a tu mu dobrovolník přináší. Ne všichni dobrovolníci se cítí povoláni k doprovázení umírajících, ale pomáhají s chodem hospice -

---

<sup>52</sup> Srov. Tabulka č. 1. *Personální složení multidisciplinárního týmu hospice*, s. 27.

<sup>53</sup> **Syndrom vyhoření** - soubor příznaků vyskytující se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocitem beznaděje, obavami, případně i zlostí. Srov. MATOUŠEK. O. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. s. 263.

<sup>54</sup> HUČÍN, J. *I umírat se dá důstojně*. Psychologie dnes. 2002, č. 6, s. 24.

starají se o zeleň hospice, pomáhají v recepci, při organizaci kulturních, benefičních a propagačních akcí, s administrativou, s transportem speciálních pomůcek do rodin pacientů apod. Někteří pomáhají pravidelně, jiní pouze příležitostně. V každém případě však dobrovolníci představují spojující článek mezi hospicem a okolím.

Výše uvedené prvky charakterizující hospicovou péči by nebyly úplné bez uvedení její nezbytné oblasti, jakou je doprovázení umírajících a jejich blízkých. Doprovázení náročným obdobím nekončí smrtí, ale blízkým zemřelého je věnována péče dále.

### 2.2.5 Doprovázení umírajících a jejich blízkých

*„Hospic znamená především doprovázet.  
Doprovázet nemocného, ale také jeho  
rodinu na náročném těžkém úseku  
životní cesty.“*

Hospic Anežky České

Hospic není o umírání, ale o kvalitním životě až do konce, proto také nabízí podpůrný systém v podobě doprovázení umírajících i jejich blízkých, jde o zásadní součást programu hospicové péče.

Člověk ve stavu nemoci směřující ke smrti zažívá pocit ztráty a izolace. Cítí se osamělý, bývá často vyčerpán léčbou. Z prostředí nemocnic je poníženo vědomí vlastní identity, zažívá strach. Nemocný má i pozitivní emoce - doufá, věří, miluje, pocítuje radost, zažívá pokoj. A proto v tak těžkých chvílích potřebuje, aby při něm někdo stál a nezůstal osamocen a nacházel pozitivní emoce. Úkolem doprovázení je pomáhat nemocnému „žít v etapě umírání“.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup>PERA, H, WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. s. 123.

Chceme-li pomáhat umírajícímu a doprovázet ho, neměly by chybět následující zásady:<sup>56</sup>

- ***být opravdový*** - neskrývat nejistotu, bolest, naše pocity
- ***nic nepřehánět*** - respektovat a vnímat přání a prožívání nemocného o naší blízkosti, každý člověk je jiný
- ***udělat si čas*** - nechat délku kontaktu na umírajícím, nedirektivní empatický rozhovor
- ***naslouchat*** - umět mlčet a třeba „pouze být“ s umírajícím (vlídná přítomnost druhého člověka), všímat si symbolů
- ***spolupracovat s příbuznými***

Doprovázení, jak uvádí Vanier, je nezbytné v každé fázi našeho života, a to zejména v období krize, kdy se cítíme ztraceni, utopeni ve smutku nebo pocitech méněcennosti. Úkolem průvodce je dodávat podporu, vlévat odvalu a sílu a otevírat nové dveře. Není zde proto, aby nás posuzoval nebo říkal co máme dělat, nýbrž aby odhaloval to nejkrásnější a nejvzácnější v nás a poukazoval na smysl našeho vnitřního utrpení. Tak s jeho pomocí rosteme k větší svobodě, protože se díky němu učíme, jak se smířovat se svou minulostí a přijímat sebe se všemi dary i omezeními takové, jací jsme.<sup>57</sup>

Rovina péče a doprovázení stojí na vzájemném vztahu člověk - člověk (další lidé). Tedy zásadním momentem hospicové péče je způsob, kterým k nemocnému ten či onen doprovázející přistupuje. Jak bylo naznačeno výše<sup>58</sup> i jeho rodina a blízcí potřebují nutně podporu spojenou s doprovázením. Blízcí trpí současně s nemocným a zároveň se od nich očekává nezastupitelná role v péči o nemocného. Podobně jako umírající se musí vyrovnat s nemocí, umíráním, smrtí ale i zármutkem. Nemůžeme je nechat stranou, ale musíme jim poskytnout dostatečnou podporu.

---

<sup>56</sup> PERA, H, WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. s. 123.

<sup>57</sup> VANIER, J. *Cesta k lidství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 126.

<sup>58</sup> Srov. kap. 2.1.3 *Podpora blízkých umírajícího seniora*.



## 2.2.6 Podpora blízkých v době zármutku

„Člověk, který odešel, trvá v těch, co přicházejí po něm.  
Člověk, který přichází, trvá v těch, co odešli.“

Karol Wojtyła

Hospicová péče vidí člověka v jeho jedinečnosti i v jeho vztazích, snaží se tedy poskytovat pomoc nejen během pobytu jejich blízkých v hospici, ale i po smrti nemocného.

Tam, kde jeden život skončil, začíná pro pozůstalé jiný - nový život. Ztrátou blízkého člověka mají pocit, že se jejich život zhroutil a že jejich život ztratil smysl. Pozůstalí potřebují pomoc, aby si vybudovali nový vztah k zemřelému a svoji novou identitu. Ztráta blízkého člověka přináší reakci pozůstalých nazývanou truchlení. Proces truchlení tedy představuje určitý způsob zpracování extrémní ztráty. A jak uvádí Kubíčková, je to nezbytný a přirozený proces, bez něhož není možné dospět k akceptování ztráty blízké osoby. Truchlení není nemocí, je adekvátní reakcí, která umožňuje ztrátu přijmout a časem se s ní vyrovnat.<sup>59</sup>

Truchlení je procesem, který může začínat již v období očekávané ztráty - terminálního období nemocného, tzv. *anticipované truchlení*. V tomto období blízcí často potlačují svůj zármutek, aby umírajícího neznepokojovali, vede to však k psychickému a fyzickému vyčerpání. Zároveň anticipovaný zármutek může napomoci kratšímu truchlení po smrti blízkého člověka. Lépe se také se ztrátou blízkého vyrovnávají ti příbuzní, kteří o umírajícího pečovali, proto je tak důležitá podpora pečujících.<sup>60</sup>

Pracovníkům pomáhajících profesí chybí často dostatečná znalost celého procesu umírání a truchlení, aby mohli poskytovat kvalitní podporu.

Pro účinnou pomoc truchlícím je dobré znát jednotlivá *stádia procesu truchlení*, jak je uvádí Kubíčková:<sup>61</sup>

1. *krátké období otřesu - stádium konfuze*
2. *období intenzivního zármutku a žalu - stádium exprese*
3. *období rekonvalescence* (uzdravování), kdy se pozůstalí vracejí k normálnímu společenskému životu - *stádium akceptace*

**Ad. 1** U pozůstalých se objevují různorodé pocity, do jejich života vstoupil zmatek a chaos, nic není a nebude už jako dřív. Popírají skutečnost ztráty a proto je téměř nemožné, aby

<sup>59</sup> KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001. s. 30.

<sup>60</sup> Srov. tamtéž, s. 32.

<sup>61</sup> Srov. tamtéž, s. 36.

pozůstalí byli schopni přijmout projevy soustrasti. Podle Kubíčkové má toto stádium různé trvání, někdy končí pohřbem, při kterém dochází k uznání reality.

**Ad. 2** V tomto stádiu jsou truchlící schopni podávat informace a hovořit o zemřelém. Snaží hledat odpověď na otázku „proč?“ Přínosem je v této době projev soustrasti - kondolence. Potřebují někoho s kým mohou citlivě o zemřelém mluvit, podělit se o svoje prožívané pocity. V průběhu tohoto stádia potřebují přehodnotit svůj stav k zemřelému, ale i k sobě a druhým lidem. Je charakteristické střídáním období, kdy už pozůstalí ztrátu zvládli a stavy, kdy upadá opět do depresí. Druhé stádium trvá podle Kubíčkové zpravidla rok, někdy i déle.

**Ad. 3** Přejít do tohoto stádia není automatický a přichází po prodělání žalu a truchlení. Truchlící si nástup třetího stádia musí sám zvolit, pokud se k tomuto kroku neodhodlá, může celý život zůstat ve stádiu exprese. Zvládnou-li pozůstalí tento krok budují si život bez zemřelého a život jim opět přináší radost, jsou schopni i citového vztahu s jinou osobou bez výčitek svědomí. O zemřelém dokáží hovořit bez výraznějších vnějších projevů.

Pro pozůstalé je v době zármutku důležitá možnost vypovídat se, tím se zmenšuje váha těžkostí nebo se jim alespoň na chvíli uleví. Užitečné jsou *svépomocné skupiny pro pozůstalé*, které vznikají při hospicích. Nabízejí možnost mluvit o svých starostech, setkávání s lidmi, kteří jsou na tom obdobně. Nabízejí i odbornou pomoc ve formě sociálního poradenství a psychoterapie.

## **2.3 Nemocniční péče a terminálně nemocné**

Podle výzkumu provedeného v České republice Ústavem statistiky a zdravotnických informací bylo zjištěno, že více než dvě třetiny (68%) úmrtí nastává ve zdravotnických zařízeních, více než 4,5% v sociálních zařízeních. To znamená, že takřka tři čtvrtiny úmrtí se odehrávají v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné (dále pouze LDN) a domovech důchodců. V hospicích nastává méně než 1% úmrtí.<sup>62</sup>

Předmětem zájmu této bakalářské práce jsou senioři. Ti často s ubývajícími silami předpokládají, že přijde i zakončení jejich života. Vědí, že přijde smrt a téměř jediné, co o ní tuší, je že nastane pravděpodobně v nemocnici na některé pro ně „neznámé posteli.“

---

<sup>62</sup> *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. s. 22.

Nemocniční péče je další variantou péče o terminálně nemocné a je i variantou péče nejčastěji poskytovanou.

### **2.3.1 Organizační základ a financování nemocniční péče**

#### **Organizační základ nemocniční péče**

Nemocnice jsou nejčastěji zřizovány Ministerstvem zdravotnictví ČR, krajem, obcí či městem. V ČR jsou i nemocnice soukromé, církevní a zřizované Ministerstvem obrany ČR.

#### **Financování nemocniční péče**

Financování nemocní péče je zajišťováno prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Nemocnice uzavírají s pojišťovnami pro dané období (tj. pololetí) smlouvy na poskytování nemocniční péče v dohodnutém rozsahu a struktuře, který se blíží skutečnosti minulého období (tj. minulého pololetí).

### **2.3.2 Nemocnice jako alternativa péče o umírající seniory**

Nemocnice je zdravotnickým zařízením určeným k odborné péči o lidi nemocné, reprezentuje nejznámější typ institucionální péče o seniory. Je zde poskytována pacientům všeobecná nebo specializovaná péče. Nejčastěji se s pacienty z řad seniorů setkáváme na interních odděleních nemocnic a na odděleních následné ošetrovatelské péče (obdoba LDN). Senioři zde tvoří většinu pacientů, ale přesto nemá ošetrovatelský tým dostatek znalostí o potřebách seniorů a o potřebách terminálně nemocných seniorů téměř žádné.<sup>63</sup>

#### **Uspokojování potřeb terminálně nemocných v nemocnici**

Potřeby umírajících jsou stejné a nejsou závislé na prostředí, kde proces umírání probíhá. I v nemocničním prostředí má umírající pacient svoje potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Uspokojování potřeb umírajících v nemocnici je ovlivněno nejen provozními podmínkami,

---

<sup>63</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. s. 262.

ale i taktním sdělováním pravdivých informací o jejich zdravotním stavu. Lékaři často neřeknou pacientovi nic, anebo ho zahltlí spoustou informací v příliš krátkém čase. Pokud není umírající pravdivě informován, nemohou být uspokojeny ani ty potřeby, které je možné uspokojit i v podmínkách nemocnice, jak bude zřejmé v následujícím textu.

**A. Potřeby biologické** patří k potřebám, které je reálné uspokojit kvalitně i v prostředí nemocnice.<sup>64</sup> Podívejme se na základní biologické potřeby a jejich uspokojování v nemocničním prostředí.

- **Fyzická bolest**, která je nejčastějším symptomem pokročilých stádií všech nemocí. Pacient však nemá dostatek informací o svém zdravotním stavu, ani možnostech tlumení bolesti, a proto nemůže o používání dostupných analgetik rozhodovat. Pokud není symptom bolesti tlumen, těžko je možné naplňovat ostatní potřeby.
- **Spánek.** Terminálně nemocní senioři mají často vyšší potřebu spánku. V případě, že se nedaří dostatečně tlumit bolest, není ani jeho kvalitní zabezpečení možné. Kvalita spánku je snižována i ze strany spolupacientů na vícelůžkových pokojích, nebo i ze strany personálu jak je zřejmé z režimu nemocnice.<sup>65</sup>
- **Péče o pokožku** je nezbytná ke spokojenosti umírajícího. Pohodlí se dá zajistit polohováním a vhodným vypodložením, promazáváním pokožky apod. Podmínky pro danou péči jsou i v prostředí nemocnice, a přesto vznikají u ležících pacientů otlaky a proleženiny.
- **Potřeba jídla a pití** umírajícího se musí přizpůsobovat časovému režimu nemocnice a nemocničnímu jídelníčku. Nemocný ztrácí zájem o jakékoliv jídlo a pití a často není jednoduché vypořádat jeho přání ohledně stravy. Později přestává jíst zcela a ztrácí i zájem o tekutiny, nebo jejich přijímání již není možné. V této době potřebuje zajistit vytírání úst a vlhčení rtů, ale tento druh péče není v nemocničním prostředí samozřejmostí..

**B. Potřeby psychologické** jsou uspokojovány v případě, že se nám daří citlivě vnímat, co umírající potřebuje. Takovou podporu mohou poskytovat všichni kolem umírajícího. Umírající potřebuje cítit, že je respektován jako člověk s lidskou důstojností. To znamená, že je bezpodmínečně přijímán nezávisle na jeho projevech. Ne vždy se daří v nemocničním prostředí důstojnost člověka zachovat. Zachování

---

<sup>64</sup> Srov. kap. 2.1.2 *Umírající a jejich potřeby*

<sup>65</sup> Srov. Dále nemocniční režim

důstojnosti je závislé nejen na provozních podmínkách, ale především na osobnostní kvalitě personálu.

**C. Sociální potřeby** se daří u umírajícího uspokojit především jeho rodinou a nejbližšími. Vícelůžkové pokoje však nevytváří podmínky pro soukromí a nerušené rozhovory se svými blízkými. Rodina i přesto, že umírajícího navštěvuje každodenně, nenajde často v takovém prostředí prostor pro vzájemné otevření se, popřípadě vyřešení pošramocných vztahů.

**D. Spirituální (duchovní) potřeby** pro jejich uspokojení potřebuje umírající podporu a doprovázení. Na základě toho, co bylo o těchto potřebách uvedeno výše, je zřejmé, že v podmínkách nemocničního prostředí je jejich uspokojení reálné pouze výjimečně.<sup>66</sup> Kněz nebo psycholog přichází za umírajícími zřídka, není zde ani možnost jiného kvalitního doprovázení. Umírající nemá s kým bilancovat svůj život a tím i uspokojovat potřebu hledání jeho smysluplnosti. Umírající nemá ani podmínky pro nerušené rozhovory, jak bylo uvedeno výše.

Umírajícím se sice dostává standardního ošetrovatelského, lékařského i sociálního komfortu, ale strádají v oblasti psychických a duchovních potřeb, na jejichž naplňování již většinou nezbývá zaneprázdněným zdravotníkům čas. Péče o umírajícího končí ve chvíli úmrtí pacienta a po ohledání mrtvého těla. Institucionální systém péče neumožňuje zdravotníkům věnovat péči i pozůstalým.

Podmínky pro uspokojování potřeb jsou ovlivněny i nemocničním režimem, který se neřídí individuálními potřebami nemocných. Umírající senior se musí i v konečném období svého života přizpůsobit režimu nemocnice.

### **Nemocniční režim**

V nemocnici je v centru pozornosti nemoc a její vyléčení. Osobnost pacienta není zahrnuta do nemocniční péče. Pacienti v pravidelnou dobu jedí, je jim měřena teplota, prováděna osobní hygiena včetně koupání. Pacienta se nikdo neptá, zda bude jíst později, když nemá momentálně hlad, zda se chce koupat dnes nebo zítra nebo se nechce koupat vůbec. Vše je podřízeno provozu a pracovní době nemocnice. Není nic neobvyklého rušit pacienty z jejich spánku, což je pro terminálně nemocné značně zatěžující a také zbytečné.

---

<sup>66</sup> Srov. Spirituální (duchovní) potřeby s. 14.

Hlavní úkolem nemocnice je léčit a terminální období seniora s jeho potřebami ne zcela do tohoto záměru zapadá.

### **Personál nemocnice pečující o umírající**

Pro zaměstnání v nemocnici je důležitá především odbornost a osobnostním předpokladům není věnována taková pozornost. Proto i osobnostní předpoklady uvedené pro personál v hospici, zde nejsou tak podstatné při výběru nových zaměstnanců.<sup>67</sup>

Tým odborníků, kteří pečují o umírající je možné zredukovat podle Tabulky č.1<sup>68</sup> následovně:

**Tabulka č. 2: Personální složení nemocničního týmu**

lékaři různých specializací
zdravotní sestry
sanitářky
dietní sestra
fyzioterapeuti

### **Rodina a blízcí v nemocnici**

Rodinu je zapotřebí zapojovat do péče o seniora i v nemocničním prostředí a nedopustit, aby nadále existoval názor, že nemocného je možné beztréstně a na „dožití“ uložit do nemocnice, popř. LDN. Některé rodiny se o svého seniora vzorně starají i po dobu hospitalizace a projevují o něho skutečný zájem, ale je jich méně než těch druhých. Důvodem může být i to, že nemocniční péče nepočítá s podporou blízkých nemocného a s jejich doprovázením, pozornost jim není věnována téměř žádná. Blízcí jsou často nejistí, nemají dostatečné informace o umírajícím, nevědí jak mu mohou pomoci.

Přínosem pro pacienty a potažmo i rodinu je zavedení kontinuálních návštěv. Možnost docházet do nemocnice denně a tím pomáhat zajišťovat komplexní péči o pacienta. Rodina k tomu však potřebuje být informována, mít podporu personálu a především prostor pro otázky, na které hledá odpověď. Nebát se jít za personálem, který má pro ně pochopení a dokáže je i v péči podpořit.

---

<sup>67</sup> Srov. Personál hospice, s. 27.

<sup>68</sup> Srov. tamtéž. Tabulka č. 1: Personální složení multidisciplinárního týmu hospice

### 2.3.2 Sociální fáze umírání v nemocnici

Na základě pozorování v nemocničním prostředí došli Glaser a Strauss k závěru, že umírající procházejí různými sociálními fázemi - kritickými body. Tyto kritické body není možné zaměňovat za psychologická stadia jak je definovala Kübler-Rossová<sup>69</sup>. Umírající pacient prochází podle nich určitou dráhu od oznámení jeho terminálního stavu až k okamžiku smrti. Sociální fáze umírání a to, jak je pacient zvládne, jsou ovlivňovány byrokratickou strukturou nemocnice. Péče se často řídí finančními úvahami a normami organizace a také klinickým rozhodováním. Dále blíže k jednotlivým sociálním fázím - kritickým bodům, jak je podle jejich autorů uvádí Bártlová:<sup>70</sup>

**1. kritický bod** nastává v okamžiku, kdy je pacient personálem označen za umírajícího. V důsledku toho dochází ke ztrátě sociálního statusu, protože umírající znamená postupnou změnu v osobu, pro niž neexistuje žádná naděje ani budoucnost. Často je to období, kdy pacient ani o tomto svém označení za umírajícího neví.

**2. kritický bod** nastává, když blízcí umírajícího se začnou připravovat na jeho smrt. Pokud i pacient zná svůj skutečný stav, pak se může také emocionálně přizpůsobit této situaci.

**3. kritický bod** je popisován jako fáze „už se nedá nic dělat“. U blízkých osob, které nevědí jak umírajícího utěšovat nastává zvolnění příprav. V této době může docházet k depersonalizaci pacienta, pokud ošetřující personál se začíná vyhýbat blízkému kontaktu s pacientem.

**4. kritický bod** trvá několik hodin až několik dní. Pacient může být umístěn na samostatný pokoj, lze mu předepisovat další léky tlumící bolest, zvyšovat jejich dávky. V této době chodí za pacientem i více příbuzných a přátel.

**5. kritický bod**, kdy na přání pacienta či rodiny mohou být vyžádány náboženské obřady.

**6. kritický bod** - čekání na smrt.

**7. kritický bod** - smrt. Zahájení organizačních formalit jakými jsou: lékařské potvrzení smrti, přehodnocení osoby z pacienta na zemřelého, mytí těla, zahalení těla do rubáše, převoz těla na patologii, mytí postele a odklizení jeho věcí, záznam události do ošetřovatelské a lékařské dokumentace, informování příslušných institucí.

Bártlová uvádí, že pro pacienta je předem připravena scéna, aby sehrál svou roli v institucionalizovaném dramatu umírání. Tam, kde je výše uvedená předpokládaná trajektorie narušena, nastávají problémy pro příbuzné i pro nemocniční personál. Dochází

<sup>69</sup> Srov. kap. 2.1.4 Vyrovnávání se s obdobím umírání nemocných a jejich blízkých

<sup>70</sup> BÁRTLOVÁ, S. Umírání a smrt jako sociální problém. *Sociální práce*. 2005, č. 2, s. 88.

k narušení emocionální strategie příbuzných a může vzniknout zmatek v administrativních plánech personálu. Sociální fáze umírání jsou ovlivňovány do jisté míry i nemocničním prostředím, které sebou přináší i některé negativní stránky.<sup>71</sup>

### 2.3.3 Nežádoucí vedlejší efekty nemocniční péče

Senior má ve svých představách nemocnici spojenou ne pouze s pomocí, ale i strachem a v závěru života i se smrtí. Proto je tak častým přáním terminálně nemocných seniorů v nemocnici vrátit se domů. Nemocniční prostředí není místem, kde chtějí zemřít, ale umírají. A jak uvádí Haškovcová<sup>72</sup>, nemocnice je anonymní zařízení a až na výjimky je pobyt v ní pro většinu starých lidí stresující.

V úvodní fázi hospitalizace je normální reakcí nejen deprese, ale také pasivita. A pokud nedochází k vhodné stimulaci, soustřeďují se senioři pouze na základní fyziologické úkony (přijímání potravy a vyprazdňování). Může se vyvinout tzv. *hospitalismus* - pacientovi se zalíbí v jeho závislosti, pacient z psychických důvodů zůstává nesoběstačný, imobilní. Důvodem jejího vzniku je psychická deprivace, kdy není nemocným dávána příležitost k uspokojování některé jeho základní potřeby po delší dobu. Příčinou je nedostatek smyslových podnětů, citově chladné prostředí, absence podnětů rozvíjejících myšlení. Senior je křehkou osobností a často tzv. „vzdání toho“ - myšleno aktivního přístupu k životu, může vést i k nástupu terminálního stádia. Prevencí je přiměřená aktivita, především psychická. Participovat na ní, jak konstatuje Haškovcová, musí všichni, tj. podle možností pacient, dále pak profesionálové a především rodinní příslušníci.<sup>73</sup>

Na tomto místě bych ráda citovala příběh paní M.K., u které fyzická smrt nastoupila po bolestné smrti sociální.

*„Paní M.K. hospitalizovaná v nemocnici pro vykloubení ramene. Do této doby každodenní návštěvnice „Domovinky“, odpoledne autem pečovatelské služby odvážena domů, kde žije se synem a jeho rodinou. Rodina o návrat paní M.K. nestojí a jako důvod uvádí, že z důvodu pracovního vytížení nemohou zajistit dohled nad matkou. Ani ostatní potomci paní M.K. nejeví zájem, jak pomoci bratrovi u kterého matka bydlí. Paní M.K. zůstává dlouhodobě*

<sup>71</sup> BÁRTLOVÁ, S. Umírání a smrt jako sociální problém. *Sociální práce*. 2005, č. 2, s. 88

<sup>72</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. s. 271.

<sup>73</sup> Srov. tamtéž – podrobněji k pojmu hospitalismus.



*v nemocnici na oddělení následné ošetrovatelské péče. Zde je ovšem v porovnání s ostatními spolupacienty zbytečná další hospitalizace i ona sama to tak cítí. V nemocnici strádá po stránce psychické a sociální. Bolestně se jí dotýká reakce jejich čtyř dětí, často pláče. Rodina bez jejího vědomí dává paní M.K. žádost do domova důchodců. Po ukončení tříměsíčního pobytu v nemocnici nastupuje do domova důchodců nejprve na tzv. „přechodný pobyt“ a poté se opět vrací do nemocnice. Paní M.K. začíná tušit, že rodina ji opravdu nechce a že rozhodli bez jejího vědomí o pobytu v domově důchodců. V této době už začíná strádat i po fyzické stránce, stává se imobilní a inkontinentní. Přibližně po čtyřměsíčním dalším pobytu v nemocnici (interní a následné ošetrovatelské oddělení) má nastoupit do domova důchodců. Paní M.K. umírá ještě před ukončením pobytu v nemocnici, sociální smrt však nastala již mnohem dříve.“*

Nemocniční péče nepočítá se zajištěním sociální opory hospitalizovaných pacientů, nevyvíjí ani snahu vhodně jejich blízké podporovat, aby nedocházelo k bolestnému osamocení na konci života.

Další problematickou oblastí, která se týká i blízkých terminálně nemocného seniora je **informovanost o zdravotním stavu nemocného**. V etickém kodexu Práv pacientů nacházíme ustanovení, že každý pacient má „právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Rovněž má právo znát jména osob, které se na nich účastní.“<sup>74</sup> Pacient potřebuje být informován, aby mohl rozhodovat o svém dalším osudu, aby si mohl vyřešit osobní záležitosti. Pacienti při přijetí na nemocniční lůžko podepisují informovaný souhlas, ten ovšem nenahrazuje ústní rozhovor lékaře s nemocným, který podpisu informovaného souhlasu má předcházet. Každému lékaři je uložena povinnost přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Důležité je informovat přiměřeně a tak, aby pacient vše pochopil a všemu dostatečně rozuměl. Terminálně nemocní senioři mají informace často zkreslené, a jejich sdělení nebývá vždy šetrné a taktní. Komunikační dovednosti lékařů a také jejich vlastní vypořádání se se smrtí je základem pro sdělování informací v terminálním stádiu.

---

<sup>74</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galen, 2002. s. 241., Příloha č. 3: Práva pacientů

Na první pohled by se mohlo zdát, že komplexní péči ve zdravotnických zařízeních brání personální a potažmo ekonomická nedostatečnost. Vorlíček však spatřuje problém v méně uznávaných důvodech, např. v „konfliktu strategií“, který je dán rozdílným chápáním „lékařské smrti“ a „osobního umírání“. Dále dodává, že v nemocniční péči je ignorován systém individuálních hodnot nemocných, i když paradoxně právě pro ně, a v dobré víře, takové formy pomoci vznikaly.<sup>75</sup>

Současná podoba nemocniční péče je vhodná pro pacienty, kteří potřebují akutní a časově omezenou léčbu, v jejímž důsledku se jim navrátí stav plného zdraví. V případě, kdy nemocný trpí nevyléčitelnou nemocí a jeho zdravotní stav vyžaduje i individuální péči v oblasti sociálních, psychických a duchovních potřeb, není jejich zajištění v nemocnici dostupné. Dnešní nemocnice jsou zařízení pro uzdravování nemocných a ne pro ty, jejichž choroba má chronický charakter a už vůbec ne pro umírající. Často je možné pozorovat i **hostilitu ze strany zdravotníků**, kterým dlouhodobě a chronicky nemocný „překáží“ v realizaci postupů akutní medicíny. To se odráží i na nezřídka pozorovaném chladném přístupu zdravotníků. S tím může souviset i nevyrovnanost se smrtí jak vlastní, tak i ostatních. Personál umírající pacienty navštěvuje co nejméně a i péče o biologické potřeby není zcela zabezpečena.<sup>76</sup> V nemocničním prostředí umírá pacient osamocen, obyčejná mlčenlivá účast personálu u lůžka umírajícího se neočekává.

Dalším nežádoucím efektem nemocniční péče je **dystanázie** - zadržovaná smrt. Dystanázie je důsledkem uplatňování postupů kurativní medicíny v případech, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup. Tímto způsobem je prodlužována pouze biologická existence nemocných v terminálním stádiu. Včasný nástup paliativní péče může umírajícímu zkvalitnit prožívání terminálního stádia a vytvářet podmínky pro důstojnou smrt.<sup>77</sup>

Současný proces institucionálního umírání musí doznat kvalitativní změny, o jejichž realizaci usiluje celá řada organizací. Jednotlivé národní organizace se mohou stát členy Světové federace společností usilujících o právo na smrt (tímto se rozumí právo na důstojnou, přirozenou smrt). Tato problematika není lhostejná ani velkým mezinárodním organizacím, např. parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo 25. června 1999 dokument „Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících“, tzv. Charta práv

---

<sup>75</sup> VORLÍČEK, I., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 436.

<sup>76</sup> Srov. Uspokojování potřeb terminálně nemocných v nemocnici, s. 33.

<sup>77</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. s. 31.

umírajících,<sup>78</sup> který klade na moderní medicínu požadavek, aby „zabránila nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků. Člověk, jehož nemoc spěje neodvolatelně v krátké době ke smrti, má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolestí, důstojně a obklopen citlivou péčí. Jeho blízkým by se mělo dostat kvalifikované profesionální podpory a samozřejmostí by mělo být pietní zacházení s tělem zemřelého.“<sup>79</sup>

## 2 Praktická část

Praktická část této bakalářské práce je věnována průzkumu v Panochově nemocnici v Turnově, konkrétně na jejím následném ošetrovatelském oddělení. Do nemocnice docházím za pacienty z řad seniorů jako sociální pracovnice. Setkávám se zde často i s terminálně nemocnými seniory, kteří v konečném období života mají také svoje potřeby. V praktické části budou využity i tyto osobní zkušenosti získané pozorováním prostředí a podmínek oddělení.

Konečným cílem této bakalářské práce je vytvořit metodiku pro práci s umírajícími seniory na oddělení následné ošetrovatelské péče nemocnice v Turnově. Prostřednictvím metodiky se dále pokusit transformovat tento přístup k umírajícím seniorům s ohledem k provozním, materiálním a personálním podmínkám nemocnice.

Záměrem praktické části bakalářské práce je zmapovat prostředí následného ošetrovatelského oddělení nemocnice v Turnově a zjistit, za jakých podmínek a jakým způsobem je možné hospicovou myšlenku transformovat i tam. Potřebná data budou získána na základě provedeného průzkumu na následném ošetrovatelském oddělení a analýzou sekundárních zdrojů v teoretické části. Nezanedbatelným přínosem pro vypracování praktické části jsou i osobní zkušenosti, které jsem získala prostřednictvím stáže v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci.

---

<sup>78</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galen, 2002. s. 241., Příloha č. 4: Charta práv umírajících

<sup>79</sup> KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 156.

## **2.1 Panochova nemocnice Turnov s.r.o.**

### ***Vznik nemocnice :***

Panochova nemocnice Turnov s.r.o. byla uvedena do provozu v roce 1942 a její založení je spjato se jménem MUDr. Františka Panochy, který byl hlavním iniciátorem stavby a současně prvním ředitelem.

### ***Právní forma:***

Od 1. ledna 2008 společnost s ručením omezeným

### ***Způsob jednání za společnost:***

Jménem společnosti jedná jako její statutární orgán jednatel samostatně ve všech věcech. Jednatel společnosti je ředitel nemocnice - Ing. Tomáš Sláma.

### ***Společníci:*** Město Turnov

### ***Poskytovaná péče:***

Město Turnov určuje i činnost nemocnice - nemocnice má zajišťovat co nejširší péči v základních medicínských oborech. Nemocnice poskytuje léčebně-preventivní péči, a to na sedmi lůžkových odděleních a v odborných ambulancích.<sup>80</sup>

### ***Financování nemocnice:***

Provoz nemocnice je financován Městem Turnov a na základě smluv se zdravotními pojišťovnami jsou hrazeny prováděné zdravotní výkony.

Dále se v úvodu do průzkumu budu věnovat popisu oddělení následné ošetrovatelské péče, kterému je věnována praktická část bakalářské práce.

### **2.1.1 Oddělení následné ošetrovatelské péče**

Oddělení následné ošetrovatelské péče (dále pouze oddělení) se nachází v přízemním podlaží v bezprostřední blízkosti chirurgického lůžkového oddělení a disponuje celkem 18 lůžky. Pacienti jsou umístěni ve dvou pětilůžkových pokojích, ve dvou třílůžkových pokojích a jednom dvoulůžkovém pokoji.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> [www.mn.turnov.cz](http://www.mn.turnov.cz) (20.11.2007)

<sup>81</sup> Příloha č. 6: Fotografická dokumentace

### ***Popis pokojů na základě osobního pozorování***

Pokoje působí strohým dojmem, některé mají i velmi stísněné prostory. Na pokoji je vždy pouze jedna židle pro návštěvy, nejsou zde žádné pleny či zástěny pro vytvoření soukromí. Dveře do pokojů bývají často otevřené, i v době, kdy je u pacientů prováděna potřebná hygiena nebo jsou na toaletní židli. Na uvedené pokoje navazují další pokoje chirurgického lůžkového oddělení.<sup>82</sup>

### ***Personál oddělení:***

Péči o pacienty trvale zajišťuje vedle primáře oddělení, vrchní sestra, staniční sestra, 6 zdravotních sester a 4 sanitářky. V pracovní dny jsou k dispozici fyzioterapeuti z rehabilitačního oddělení nemocnice.

Na oddělení dochází sociální pracovnice, která zajišťuje návaznost na sociální služby.

### ***Pacienti oddělení:***<sup>83</sup>

Na oddělení jsou hospitalizováni pacienti s chronickým onemocněním nebo s onemocněním v postakutním stadiu, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný a má jednoznačně stanovenou diagnózu a léčebné postupy s těžištěm v odborném ošetřovatelství. Z nemocí převládají stavy po cévních mozkových příhodách s trvalou poruchou hybnosti, diabetes mellitus a jeho komplikace, dále stavy po zlomeninách kosti stehenní, degenerativní neurologická onemocnění, gerontopsychiatrickí pacienti, psychiatrické poruchy lehčích senilních forem až po stavy zmatenosti s hrubým motorickým neklidem. Další skupinu tvoří lidé se ztrátou soběstačnosti a sebeobsluhy, kteří jsou často hospitalizováni ze sociálních důvodů, především lidé zcela osamělí.

***Dostupnost odborné lékařské a ošetřovatelské péče*** je celých 24 hodin denně. Návštěvy na oddělení jsou možné denně mezi 14 - 17 hodinou, v individuálních případech je možné po dohodě s primářem oddělení nebo službu konajícími sestrami realizovat návštěvu pacientů i mimo uvedenou dobu.

***Informace o zdravotním stavu pacientů*** podává primář oddělení osobně v pracovních dnech po dobu jeho přítomnosti na oddělení, v ostatních případech je možné získat informace telefonicky. Z pověření primáře podává ústní informace v době jeho nepřítomnosti na oddělení vrchní nebo staniční sestra.

---

<sup>82</sup> Příloha č.6: Fotografická dokumentace.

<sup>83</sup> Informace získané rozhovorem s primářem oddělení MUDr. Danielem Pospíšilem, 19.9.2007

## 2.2 Metodika průzkumu

Konečným cílem bakalářské práce je vytvořit metodiku pro práci s terminálně nemocnými seniory a pokusit se prostřednictvím této metodiky transformovat hospicovou myšlenku na oddělení v turnovské nemocnici.

Pro transformaci hospicové myšlenky do prostředí nemocnice je důležitým předpokladem nejen její znalost, ale i postoj k ní. Za tímto účelem jsem zvolila průzkum prostřednictvím techniky dotazníku, abych zjistila základní znalost hospicové myšlenky a postoj k ní u personálu oddělení. V dotazníkovém šetření bude proveden průzkum personálních předpokladů pro transformování hospicové myšlenky na oddělení nemocnice v Turnově.

### Cíl průzkumu:

Zjistit personální předpoklady pro transformaci hospicové myšlenky do turnovské nemocnice.

Personální předpoklad - pro účel daného průzkumu jde o zjištění znalostí a postoje personálu k hospicové myšlence.<sup>84</sup> Na základě zjištěných znalostí a postoje personálu hodlám ověřit, zda je možné hospicovou myšlenku na dané oddělení transformovat se stávajícím personálem. Je samozřejmé, že personální předpoklady i v tomto případě zahrnují profesní odbornost, kterou je nezbytné zahrnout do dalšího vzdělávání personálu.

### Použitá metoda průzkumu:

Jako metodu průzkumu jsem zvolila dotazování a techniku dotazníku<sup>85</sup> z důvodu oslovení většího vzorku respondentů a urychlení procesu sběru dat. Jinou techniku sběru dat např. strukturovaný rozhovor, jsem nevolila především z důvodu zajištění anonymity, ale i počtu respondentů.

---

<sup>84</sup> Pojmy znalost a postoj blíže v části **Operacionalizace předpokladu**, s. 45.

<sup>85</sup> **Dotazník** patří k technikám sociologického výzkumu, která je vysoce standardizovaná a nejčastěji používaná. Dotazník se skládá z otázek, ve kterých jsou skryty předpoklady (hypotézy) daného průzkumu. Technika dotazníku je používána při větším počtu respondentů a také z důvodu zajištění anonymity. HARTL,P., HARTLOVÁ,H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 121.

### **Průběh průzkumu:**

Dotazník bude po dohodě distribuován prostřednictvím vrchní sestry personálu, který pracuje na následném ošetrovatelském oddělení (primář, zdravotní sestry, sanitárky, fyzioterapeuti). Výzkumným vzorkem jsou všichni pracovníci na následném ošetrovatelském oddělení.<sup>86</sup> Každý respondent dotazník obdrží v obálce s průvodním dopisem.<sup>87</sup> Obálku s vyplněným dotazníkem respondenti odevzdají do 7 dnů od převzetí do připravené schránky na sesterně. Pro zvýšení motivace k vyplnění dotazníků, a tím pádem i ke zvýšení jejich návratnosti, jsem ke každé obálce přiložila malou čokoládku jako poděkování za spolupráci.

### **Hlavní předpoklady průzkumu:**

1. Lze předpokládat, že zaměstnanci nemocnice mají základní znalosti o hospici a hospicovém hnutí.
2. Lze předpokládat, že zaměstnanci nemocnice mají kladný postoj k hospicové myšlence.
3. Lze předpokládat, že zaměstnanci nemocnice nejsou spokojeni se způsobem zajištění posledních chvil života pacientů v nemocnici v Turnově.

### **Operacionalizace předpokladu:**

Ve výše uvedených předpokladech čerpám z obecných definic pojmů „znalost“ a „postoj“ vymezených pro potřeby této bakalářské práce takto:

*Znalost je systém poznání. Znalosti jsou někdy děleny na praktické, zkušenostní a znalosti teoretické tj. principy a zákony.*<sup>88</sup>

*Postoj je sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama. Postoj je součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti.*<sup>89</sup>

**Ad 1** zjišťovat u výzkumného vzorku, zda má základní znalost o hospici a hospicovém hnutí, budu pomocí znaků: obecného povědomí o hospicové myšlence (otázka č. 1), znalosti garance hospice umírajícím (otázka č. 2), získání informací o hospicovém hnutí prostřednictvím školení (otázky č. 4. a č. 5), znalosti důstojného umírání a potřeb umírajících (otázky č.6. a č.7).

---

<sup>86</sup> Podrobněji popis zkoumaného vzorku v další části textu, s.46.

<sup>87</sup> Viz. Příloha č. 5: Dotazník.

<sup>88</sup> Srov.HARTL,P., HARTLOVÁ,H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.s. 705.

<sup>89</sup> Podrobněji tamtéž s. 442.

**Ad 2** zjišťovat postoj výzkumného vzorku k zajištění posledních chvil terminálně nemocných na následném ošetrovatelském oddělení budu pomocí znaků: důstojné umírání na následném ošetrovatelském oddělení (otázka č. 8), překážka pro důstojné umírání (otázka č. 9), potřeba, kterou nelze naplnit (otázka č. 10), představa vlastní role jako umírajícího, popř. svých blízkých (otázka č. 11).

**Ad 3** zjišťovat postoj výzkumného vzorku k hospicové myšlence budu pomocí znaků: zájem o hospicovou problematiku (otázka č. 3), vyrovnání s vlastní smrtelností (otázka č. 12), zapojení blízkých (otázka č. 13), schopnost podpořit blízké (otázka č. 14), zájem o další vzdělávání pro přístup k umírajícím (otázka č. 15).

**Popis zkoumaného vzorku:** S ohledem na cíl průzkumu - zjistit personální předpoklady pro transformaci hospicové myšlenky na oddělení následné ošetrovatelské péče, tvoří zkoumaný vzorek veškerý personál. Jedná se tedy o vyčerpávající šetření. Pro přehlednost je uvedeno složení zkoumaného vzorku v následující tabulce (uvedená data byla získána na základě otázek položených v dotazníku):

**Tabulka č. 3 Zkoumaný vzorek dle profesního zařazení**

Profese	počet	%	Muž/Žena
			počet
lékař (primář)	1	6,3	M/1
vrchní sestra	1	6,3	Ž/1
staniční sestra	1	6,3	Ž/1
zdravotní sestra	6	37,5	Ž/6
sanitář	4	25,0	Ž/4
fyzioterapeut	3	18,6	Ž/3
<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>1M/15Ž</b>



## 2.3 Výsledky průzkumného šetření

Prezentuji výsledky šetření z průzkumu provedeného u personálu následného ošetrovatelského oddělení. Prostřednictvím vrchní sestry bylo distribuováno 16 dotazníků. Návratnost vyplněných dotazníků je 15 (93,7%), 1 dotazník nebyl vrácen (6,3%). Otázky, na které jsem dostala více odpovědí prezentuji vztažené k četnosti počtu odpovědí k jednotlivým nabídnutým variantám.

Složení zkoumaného vzorku na základě zpracovaných dotazníků tvořilo 14 žen (93,3 %) a 1 muž (6,7%). Pro větší přehlednost je uvedeno složení zkoumaného vzorku v následující tabulce č. 4.

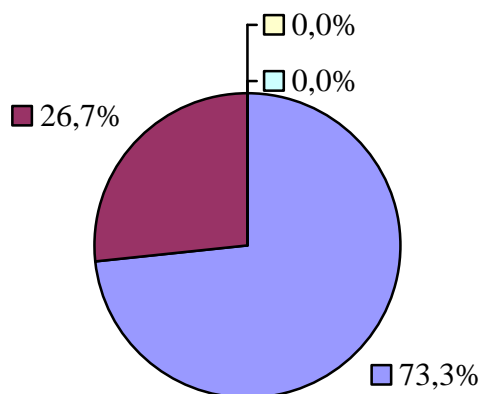
**Tabulka č.4 Složení zkoumaného vzorku**

Profese	počet	%	Muž/Žena	Délka praxe	
			počet		
lékař	1	6,7	M/1	více než 5 let	1
zdravotní sestra	7	46,7	Ž/7	více než 5 let	4
				do 5 let	2
				do 2 let	1
sanitář	4	26,7	Ž/4	více než 5 let	2
				do 5 let	1
				do 2 let	1
fyzioterapeut	3	19,9	Ž/3	více než 5 let	2
				do 5 let	1
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>1M/14</b>		

**Délka praxe zkoumaného vzorku** je v 9 případech tj. 60% více než 5 let, ve 4 případech tj. 26,7% do 5 let a ve 2 případech tj. v 13,3% do 2 let.

## Je Vám známý pojem hospic?

### Graf. č. 1 Znalost pojmu hospic



- ☐ Tento pojem je mi dobře známý
- ☐ Vím, o co se jedná
- ☐ Mám matnou představu
- ☐ Nevím, o co se jedná

Pojem hospic je respondentům známý. 73,3% respondentů odpovědělo, že pojem hospic je jim dobře známý a 26,7% respondentů ví, o co se jedná. Variantu „mám matnou představu“ nebo „nevím, o co se jedná“ neoznačil žádný respondent.

## Otázka č. 2 Co garantuje hospic umírajícím?

Na otevřenou otázku odpověděli všichni respondenti, žádná z odpovědí nebyla v rozporu s hospicovou myšlenkou. Následující tabulka č. 5 prezentuje odpovědi podle četnosti výskytu.

### Tabulka č. 5 Garance hospice umírajícím

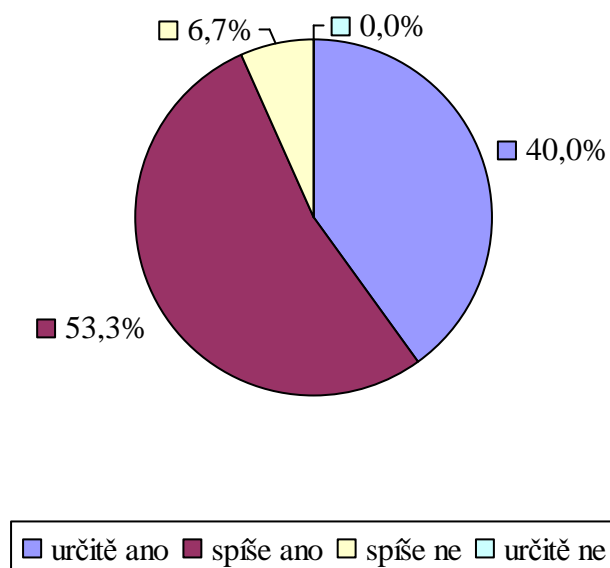
<b>Varianty odpovědí</b>	<b>Počet odpovědí</b>	<b>% zastoupení</b>
tišení bolesti (bezbolestnost)	10	21,7
blízkost rodiny	10	21,7
důstojná péče, důstojné umírání	8	17,4
soukromí	6	13,0

hezké, klidné, příjemné prostředí	3	6,5
komplexní ošetrovatelská péče (vzorná, odborná, zaměřená i na psychickou stránku pacientů)	3	6,5
doprovázení	1	2,2
respektování osobnosti	1	2,2
pastorační služby	1	2,2
etický přístup	1	2,2
klient umírá s úctou a není sám	1	2,2
Péči, kdy rodina již nezvládá pečovat	1	2,2
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Z uvedených odpovědí respondentů je zřejmé, že mají znalosti o hospicové péči. Nejčastější byly odpovědi tišení bolesti, blízkost rodiny, důstojná péče a soukromí.

### Otázka č. 3      Pokud by Vám nemocnice umožnila absolvovat stáž v hospici, uvítali by jste ji?

**Graf č. 2      Stáž v hospici**



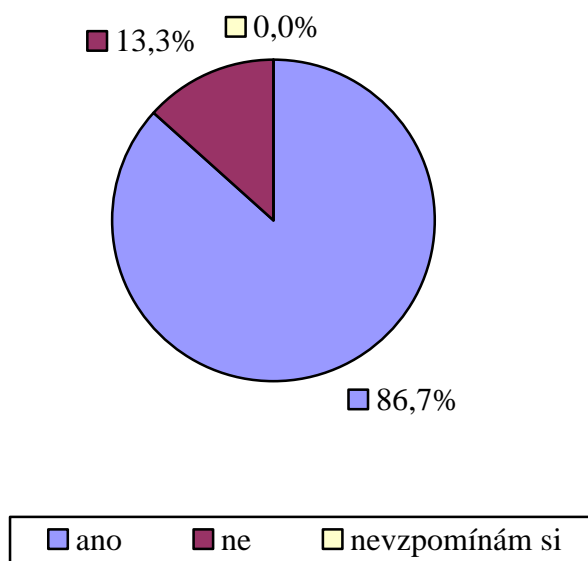
Záměrem položené uzavřené otázky bylo zjistit, zda mezi respondenty je zájem o získání praktických dovedností uplatňovaných v hospicové péči. Otázka byla položena tak, aby bylo zřejmé, že nemocnice stáž v hospici umožní v rámci pracovní doby personálu.

Z odpovědí vyplývá, že respondenti by uvítali stáž v hospici, pokud její absolvování nemocnice umožní. Což je nosná informace pro další vzdělávání zaměstnanců nemocnice.

53,3% respondentů by stáž v hospici spíše uvítalo, 40% odpovědělo, že stáž v hospici by rozhodně uvítali. Jedna odpověď byla spíše ne (6,7%).

#### **Otázka č. 4      Zúčastnili jste se školení, přednášky na téma paliativní (hospicová) péče?**

**Graf.č. 3      Vzdělávání v oblasti paliativní péče**

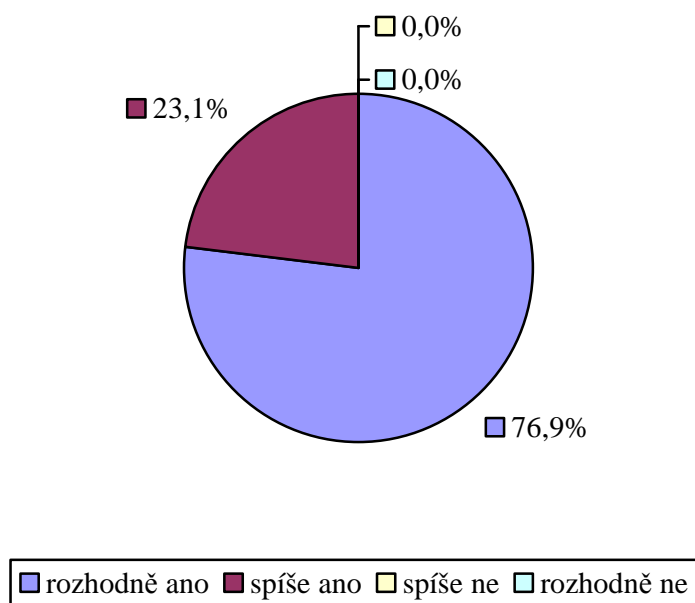


Uzavřenou otázkou bylo zjištěno, že téměř všichni respondenti se zúčastnili školení, přednášky na téma paliativní péče.

Školení, přednášky na téma paliativní péče se z 15 respondentů zúčastnila většina tj. 13 (86,7%). Pouze 2 respondenti se nezúčastnili školení na dané téma (13,3%). Žádný z respondentů neodpověděl, že si nevzpomíná.

**Otázka č. 5      Získali jste informace, které pocít'ujete jako přínosné pro Vaši práci?**

**Graf č. 4      Využití získaných informací ve svojí profesi**



Cílem položené otázky bylo zjistit, zda informace získané na přednášce či školení jsou pocít'ovány jako přínosné pro profesní využití. Ze 13 respondentů, kteří se zúčastnili školení na dané téma, 10 (76,9%) respondentů získalo informace, které pocít'ují jako rozhodně přínosné pro svoji práci. 2 respondenti (23,1%) získali informace, které pocít'ují jako spíše přínosné pro svoji práci. „Spíše ne“ a „rozhodně ne“ neodpověděl žádný respondent.

Položenou otázkou bylo zjištěno, že informace získané na školení, přednášce na téma paliativní péče, jsou pokládány za přínosné pro využití v profesní oblasti, což je další výzva kontinuálnímu vzdělávání zdravotnického personálu.

## Otázka č. 6 Co podle Vás znamená důstojné umírání?

Na položenou otevřenou otázku odpovědělo 14 z 15 respondentů (93,3%), 1 (6,7%) respondent neuvedl žádnou charakteristiku důstojného umírání.

Odpovědi na danou otázku jsou velmi podobné odpovědím na otázku č. 2.<sup>90</sup> Je možné konstatovat, že respondenti mají hospic spojený s důstojným umíráním, tj. znají hospicovou myšlenku.

Odpovědi, které se u pojmu důstojné umírání vyskytovaly nejčastěji, prezentuje následující tabulka č. 6.

**Tabulka č. 6 Důstojné umírání**

Varianty odpovědí	Počet odpovědí	% zastoupení
tišení bolesti	12	29,4
blízcí, rodina, příbuzní	10	24,4
soukromí	6	14,6
kvalitní, odborná péče personálu	2	5,0
klidné, příjemné domácí prostředí	2	5,0
zajištění základních potřeb	1	2,4
respektování osobnosti jedince	1	2,4
zkvalitnění posledních dnů	1	2,4
vlídné zacházení	1	2,4
malý pokojíček v nemocnici	1	2,4
doma u svých blízkých	1	2,4
empatický přístup	1	2,4
schopen se o sebe postarat až do konce	1	2,4
zabezpečení pádu či fyzického ublížení	1	2,4
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Z uvedených odpovědí je možné konstatovat, že respondenti mají představu, co znamená důstojné umírání. Jak bylo uvedeno, pouze 1 respondent si nevybavil žádnou charakteristiku důstojného umírání. U ostatních respondentů bylo z odpovědí zřejmé, že vědí, co je důstojné umírání.

<sup>90</sup> Srov. Tabulka č. 5 Garance hospice umírajícím. s. 48.

## **Otázka č. 7            Co patří k základním potřebám umírajícího, aby mohl žít kvalitní život až do konce?**

Na polouzavřenou otázku odpověděli všichni respondenti. Žádná z odpovědí nebyla „nevím“ nebo „nerozumím otázce“. Základní potřeby umírajících, jak je uvedli respondenti, prezentuje v následující tabulka č. 7.

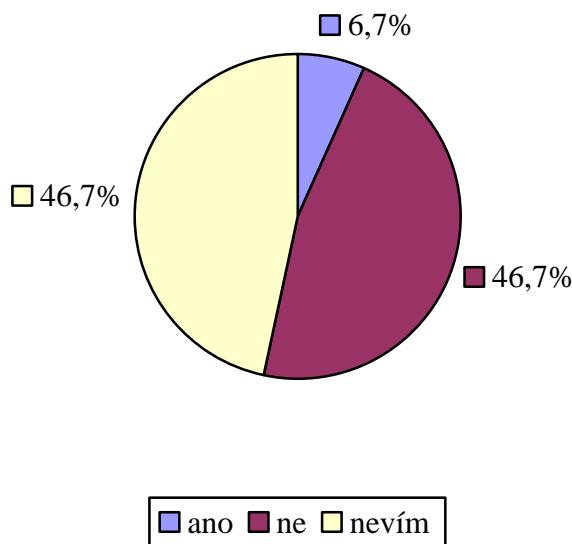
**Tabulka č. 7    Základní potřeby umírajících**

<b>Varianty odpovědí</b>	<b>Počet odpovědí</b>	<b>% zastoupení</b>
bezbolestnost	9	47,2
příbuzní, dobré rodinné vztahy	3	15,7
tišení bolesti bez zbytečných diagnostických výkonů	1	5,3
individuální přístup	1	5,3
zamezení psychického strádání	1	5,3
rodinné zázemí i nemocniční	1	5,3
zajištění ošetrovatelské péče	1	5,3
hygiena	1	5,3
vyprazdňování	1	5,3
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Z odpovědí je zřejmé, že respondenti mají představu o tom, co potřebuje umírající pacient k zajištění kvalitního života.

**Otázka č. 8. Označili byste umírání pacientů na oddělení následné ošetrovatelské péče za důstojné?**

**Graf č. 5 Důstojnost podmínek umírání prostředí oddělení**



Na uzavřenou otázku odpověděli všichni respondenti. Pouze 1 respondent (6,7%) se domnívá, že umírání pacientů na oddělení následné ošetrovatelské péče je možné označit za důstojné. 7 respondentů (46,7%) odpovědělo, že umírání pacientů nelze označit za důstojné a stejný počet tj. 7 respondentů (46,7%) se přiklonilo k variantě „nevím“.

Domnívám se, že varianty odpovědí mohly být položeny lépe, aby nedošlo k únikové odpovědi „nevím“. Instrukce k otázce odkazovaly respondenty na otázky předešlé (č. 6. a č. 7), z čehož je možné usuzovat dále. Z položené otázky, která byla zaměřena přímo na oddělení, kde respondenti pracují, je možné dojít k závěru, že umírání na oddělení následné ošetrovatelské péče *spíše nelze označit za důstojné*. K danému závěru vedlo i zjištění, že i přes uvedenou instrukci k dalším otázkám (respondenti, kteří odpověděli „nevím“, neměli odpovídat na otázky č. 9 a č. 10) odpovídali podobně jako ti, co označili variantu „ne“. Lze předpokládat, že variantu „nevím“ označili ti, kteří se nechtěli vyjadřovat.



## Otázka č. 9 Co je podle Vás hlavní překážkou, aby pacienti na oddělení následné ošetrovatelské péče umírali důstojně?

Na otevřenou otázku měli respondenti odpovídat v případě, že označili umírání na následném ošetrovatelském oddělení za nedůstojné. Podle shromážděných odpovědí odpovídali i ti, kteří označili v předešlé otázce variantu „nevím“.

Pro větší přehlednost jsou získané odpovědi uvedeny v tabulce č. 8.

**Tabulka č. 8 Překážky důstojného umírání**

Varianty odpovědí	Počet odpovědí	% zastoupení
vícelůžkové pokoje	8	40,0
není soukromí	4	20,0
nedostatek personálu	3	15,0
není možnost být s rodinnými příslušníky	2	10,0
stávající režim a umístění oddělení	1	5,0
často trpí bolestí	1	5,0
pacient umírá v kolektivu cizích lidí	1	5,0
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Na základě odpovědí uvedených v tabulce je možné za největší překážku důstojného umírání označit ***vícelůžkové pokoje***, které umírajícím nemohou zaručit soukromí, ani možnost být v závěru svého života se svými blízkými. Dále zkoumaný vzorek následného ošetrovatelského oddělení pociťuje jako překážku nedostatek personálu.

I další varianty odpovědí jsou cennými informacemi pro zlepšení podmínek pro zajištění důstojného umírání na tomto oddělení.

**Otázka č. 10 Co pociťujete jako důležitou potřebu umírajících, kterou není možné uspokojit na oddělení následné ošetrovatelské péče?**

Na otevřenou otázku týkající se důležité potřeby umírajících neodpověděli 2 respondenti, kteří podle uvedených instrukcí v otázce č. 8 měli odpovídat (26,8%).

Na otázku odpovídali, obdobně jako na předešlou, i respondenti, kteří označili v otázce č. 8 variantu „nevím“.

Získané odpovědi jsou uvedeny v následující tabulce č. 9.

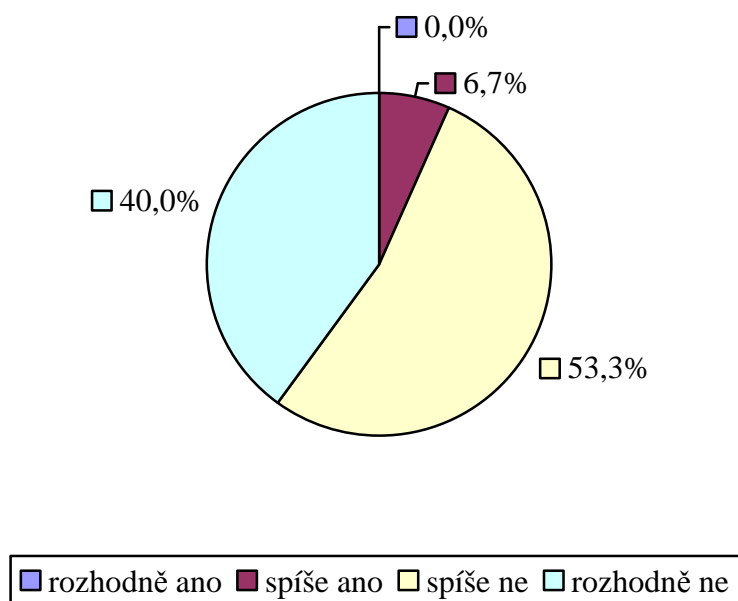
**Tabulka č. 9 Nenaplněná potřeba umírajících**

Varianty odpovědí	Počet odpovědí	% zastoupení
soukromí	9	69,2
mít u sebe blízkou osobu	1	7,7
respektování osobnosti každého jedince	1	7,7
bez bolesti umírat	1	7,7
dostatek personálu	1	7,7
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Nejčastěji uvedenou důležitou potřebou umírajících, kterou není možné uspokojit na oddělení následné ošetrovatelské péče, je na základě odpovědí respondentů **potřeba soukromí**.

**Otázka č. 11**      **Chtěli byste Vy osobně (popř. pro vaše blízké) prožívat poslední dny svého života v prostředí nemocnice, kde nyní pracujete?**

**Graf č. 6**      **Prožívání posledních dnů svého života**



Na uzavřenou otázku týkající se varianty prožití posledních dnů svého života (popř. svých blízkých) na následném ošetrovatelském oddělení odpověděli všichni respondenti. Nejčastěji odpovídali „spíše ne“ - 8 odpovědí (53,3%), varianta „rozhodně ne“ - 6 odpovědí (40,0%). 1 respondent odpověděl „spíše ano“, tj. 6,7%. Variantu „rozhodně ano“ neoznačil žádný respondent.

Na základě uvedených odpovědí respondentů je možné předpokládat, že prostředí následného ošetrovatelského oddělení není místem, kde by chtěli oni osobně popř. pro své blízké, prožívat poslední období života.

**Otázka č. 12      Která z následujících variant, se nejvíce blíží Vaším pocitům, když s Vámi pacient začne mluvit o konci svého života, o smrti?**

V odpovědích na polouzavřenou otázku mohli respondenti označit i více variant. Pro přehlednost jsou uvedené odpovědi prezentovány v tabulce č. 10.

**Tabulka č. 10 Téma konce života v rozhovoru s pacientem**

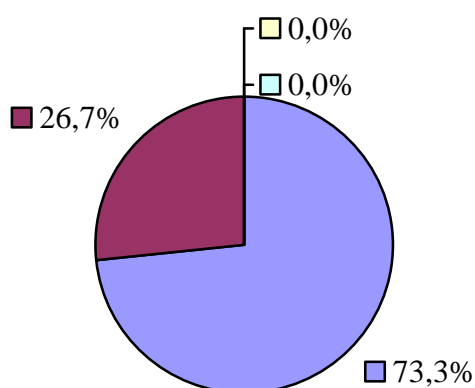
<b>Varianty odpovědí</b>	<b>Počet</b>	<b>% zastoupení</b>
Někdy je to pro mě těžké	10	52,6
Necítím u sebe žádný problém hovořit s pacienty na toto téma	6	31,6
Jsem poctěn/-a, že se mnou chce mluvit o tak důležitém tématu jakým je vlastní umírání a smrt	2	10,5
Jiný – snažím se pochopit život, tak doufám, že pochopím i smrt	1	5,3
Jsem raději pokud o tomto tématu nechce hovořit se mnou	0	0
Mám problém o smrti mluvit	0	0
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Varianty „jsem raději pokud o tomto tématu nechce hovořit se mnou“ a „mám problém o smrti mluvit“ neoznačil žádný respondent.

Nejčastěji se v odpovědích objevila varianta „někdy je to pro mě těžké“. Závěr života je završením dosavadního života a tak i hovořit na tak závažné téma je těžké. Na základě uvedených odpovědí bylo průzkumem zjištěné, že *respondenti nemají problém hovořit s umírajícími o smrti*. Ve 2 případech tento rozhovor považují dokonce jako poctu od umírajícího pacienta.

**Otázka č. 13**      **Myslíte si, že je důležité, aby se personál věnoval i blízkým umírajícího?**

**Graf č. 7**      **Péče o blízké umírajícího**



■ rozhodně ano	■ spíše ano	■ spíše ne	■ rozhodně ne
----------------	-------------	------------	---------------

Na uzavřenou otázku odpověděli všichni respondenti. Variantu „rozhodně ano“ označilo 11 respondentů (73,3%), 4 respondenti označili variantu „spíše ano“ (26,7%). Variantu „spíše ne“ a „rozhodně ne“ neoznačil žádný respondent.

Celý zkoumaný vzorek je přesvědčen, že *personál se má věnovat i blízkým umírajícího*.

## Otázka č. 14 Umírá-li pacient, jak se cítíte při komunikaci s jeho blízkými?

V odpovědích na polouzavřenou otázku mohli respondenti označit i více variant. Pro přehlednost jsou uvedené odpovědi prezentovány v tabulce č. 11.

**Tabulka č.11 Komunikace s blízkými umírajícího**

Varianty odpovědí	Počet	% zastoupení
Přijímám to jako součást mojí profese	9	47,4
Je mi jich líto a je to pro mě těžké	4	21,0
Problém v komunikaci s blízkými umírajícího necítím	3	15,8
Cítím, že je mohu v tak těžké chvíli podpořit	3	15,8
Komunikaci s blízkými umírajícího se raději vyhýbám	0	0
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

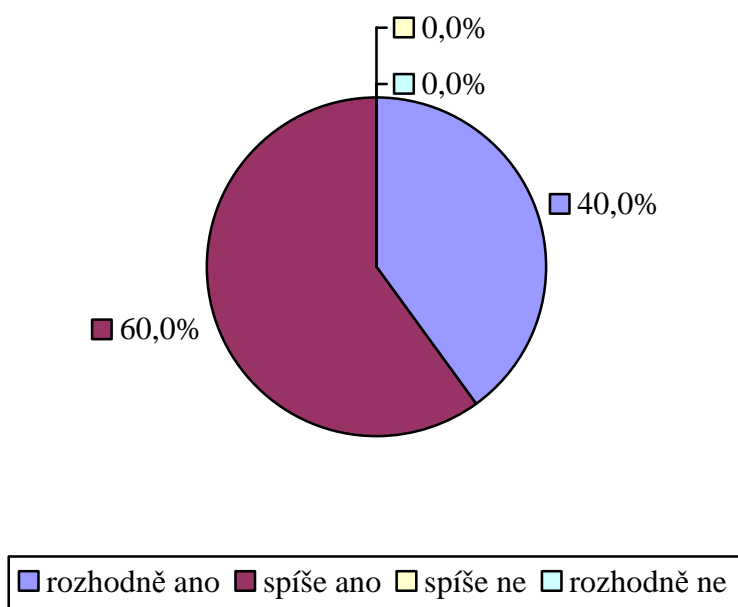
Žádný respondent neoznačil variantu „komunikaci s blízkými umírajícího se raději vyhýbám“. S ohledem na odpovědi na otázku č. 12 je zřejmé, že komunikace s blízkými je pro výzkumný vzorek náročnější, než komunikace s umírajícím pacientem. Důvodem je možná i skutečnost, že blízcí *ztrácejí* vždy někoho, kdo k nim patřil a umírající život *završuje*.

Většina respondentů považuje komunikaci s blízkými umírajícího za součást svojí profese, pro některé to je i těžké. Respondenti dále cítí, že mohou blízké v tak těžké chvíli podpořit a někteří problém v komunikaci s blízkými umírajícího nemají.

Z uvedených odpovědí je možné konstatovat, že personál oddělení neprezentuje vážnější problémy v komunikaci s blízkými umírajícího.

**Otázka č. 15      Uvítali byste výcvik v komunikačních dovednostech s umírajícími a jejich blízkými?**

**Graf č. 8      Výcvik v komunikačních dovednostech**

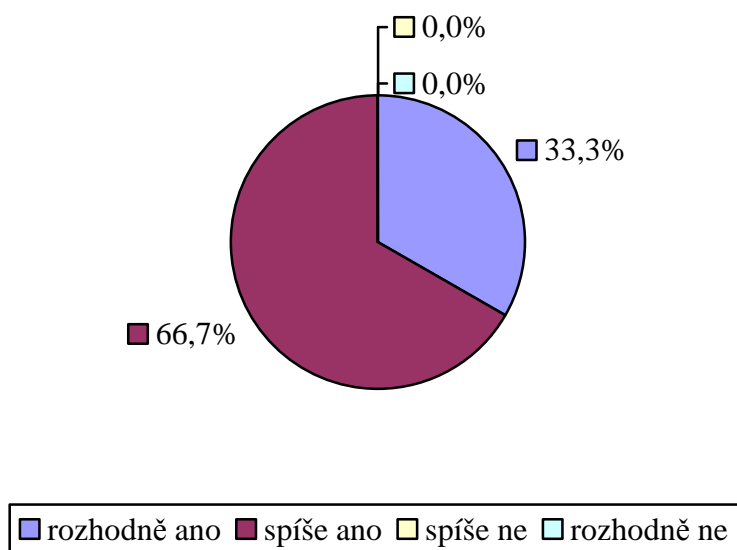


Na položenou uzavřenou otázku odpovědělo 9 respondentů (60%), že výcvik v komunikačních dovednostech by spíše uvítali, 6 respondentů (40%) odpovědělo, že výcvik by rozhodně uvítali. Variantu „spíše ne“ a „rozhodně ne“ neoznačil žádný respondent.

Na základě odpovědí je zřejmé, že výcvik v komunikačních dovednostech s umírajícími a jejich blízkými je žadáným tématem dalšího vzdělávání personálu následného ošetrovatelského oddělení.

**Otázka č. 16 Domníváte se, že změna podmínek (prostředí, přístup k umírajícím, nemocniční řád apod.) by pomohla k vytvoření podmínek důstojného umírání?**

**Graf č. 9 Podmínky pro důstojné umírání na oddělení**



Na uzavřenou otázku týkající změny podmínek na oddělení pro vytvoření podmínek důstojného umírání označilo 10 respondentů (66,7%) variantu „rozhodně ano“, 5 respondentů (33,3 %) označilo variantu „spíše ano“. Variantu „spíše ne“ a „rozhodně ne“ neoznačil žádný respondent.

Na základě odpovědí respondentů můžeme konstatovat, že změna podmínek by podle personálu přispěla k vytvoření prostředí důstojného umírání na následném ošetrovatelském oddělení. Na základě odpovědí je z pohledu personálu možná změna oddělení pro vytvoření prostředí důstojného umírání.



## **Otázka č. 17      Které konkrétní podmínky by přispěly k vytvoření prostředí důstojného umírání?**

Na otevřenou otázku odpovědělo 12 respondentů (80,0%), 3 respondenti neodpověděli (20,0%).

Odpovědi respondentů týkající vytvoření podmínek pro důstojné umírání jsou pro větší přehlednost uvedeny v následující tabulce č. 12.

**Tabulka č. 12: Podmínky pro důstojné umírání**

<b>Variety odpovědí</b>	<b>Počet</b>	<b>% zastoupení</b>
soukromí, menší pokoje	8	66,8
změna režimu a umístění oddělení	1	8,3
dostatek personálu, který zajistí péči o umírající	1	8,3
empatický přístup	1	8,3
klidné oddělení podobné domácímu prostředí	1	8,3
<b>Celkem</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Z odpovědí uvedených respondenty je pro zajištění důstojného umírání jako nejdůležitější uváděna změna podmínek oddělení pro zajištění soukromí umírajících pacientů.

## **2.4    Diskuse k výsledkům průzkumu**

Provedeným průzkumem na oddělení následné ošetrovatelské péče byly zjišťovány personální předpoklady oddělení pro transformaci hospicové myšlenky. Průzkum byl charakterizován vysokou návratností dotazníků (93,7%).

Na základě stanovených hlavních předpokladů průzkumu byl výsledek následující:

### **Předpoklad č.1      Lze předpokládat, že zaměstnanci nemocnice mají základní znalosti o hospici a hospicovém hnutí.**

Uvedený předpoklad byl provedeným průzkumem potvrzen. Respondenti mají obecné povědomí o hospicové myšlence, bylo zjišťováno otázkou č.1. Na základě odpovědí na otázku č. 2 se potvrdilo, že respondenti vědí, co garantuje hospic umírajícím. Další znalosti získávají respondenti prostřednictvím školení, kde získané informace, jak ukázal průzkum, považují za

přínosné pro profesní uplatnění. Respondenti dobře vědí, co zabezpečuje důstojné umírání a jaké jsou zároveň i potřeby umírajících, bylo zjišťováno otázkami č. 6 a č. 7.

Odpovědi na otázky garance hospicové myšlenky, představy důstojného umírání a potřeb umírajících byly téměř shodné. Na základě uvedeného je možné konstatovat, že respondenti mají důstojné umírání, které dokáže zajistit potřeby umírajících, spojené s prostředím hospice. Z uvedeného je zřejmé, že respondenti mají základní znalosti o hospici a hospicovém hnutí.

### **Předpoklad č.2      Lze předpokládat, že zaměstnanci nemocnice mají kladný postoj k hospicové myšlence.**

Uvedený předpoklad byl provedeným průzkumem potvrzen. Postoj respondentů k hospicové myšlence byl zjišťován jejich zájmem o hospicovou problematiku umožněním absolvování stáže v hospici (otázka č. 3). Dále otázka č. 12 ověřovala, zda jsou respondenti vyrovnáni se svojí vlastní smrtelností, tj. nemají problém hovořit na téma smrti a umírání. V komunikaci s umírajícími podle odpovědí respondentů nejsou větší problémy. Cílová skupina hospicové péče zahrnuje i blízké umírajícího, kterým je také věnována potřebná podpora a péče. Respondenti vědí, že při péči o umírajícího je zapotřebí věnovat se blízkým umírajícího. V podpoře blízkých a v rozhovorech s nimi si nejsou jisti svými schopnostmi, je to pro ně těžké. Přínosné je i zjištění, že respondenti mají zájem o další vzdělávání v oblasti komunikace s umírajícími a jejich blízkými.

Postoj zaměstnanců k hospicové myšlence je možné na základě provedeného průzkumu označit jako kladný.

### **Předpoklad č.3      Lze předpokládat, že zaměstnanci nemocnice nejsou spokojeni se způsobem zajištění posledních chvil života pacientů.**

Uvedený předpoklad byl provedeným průzkumem potvrzen. Předpoklad byl ověřován na základě zjištěného postoje respondentů k zajištění posledních chvil života pacientů na oddělení následné ošetrovatelské péče.

Domnívám se, že varianty odpovědí na otázku č. 8 mohly být položeny lépe, aby nedošlo k označení únikové odpovědi „nevím“, která se objevila ve větší míře. Další následující položené otevřené otázky (č. 9 a č. 10), kterými byla také zjišťována spokojenost respondentů se zajištěním posledních chvil pacientů na daném oddělení, předpoklad potvrdily. K potvrzení předpokladu vedlo i zjištění, že i přes uvedenou instrukci k dalším otázkám (respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 8 „nevím“, neměli odpovídat na otázky č. 9 a

č. 10) odpovídali podobně jako ti, co označili variantu „že umírání na následném ošetrovatelském oddělení není možné“.

Na základě uvedených odpovědí respondentů na velice osobní znění otázky č. 11 je možné konstatovat, že prostředí následného ošetrovatelského oddělení není místem, kde by chtěli oni osobně popř. pro své blízké, prožívat poslední období života.

Z provedeného průzkumu vyplývá, že zaměstnanci nemocnice nejsou spokojeni se zajištěním posledních chvil života pacientů na následném ošetrovatelském oddělení.

## **2.5 Shrnutí provedeného průzkumu**

Průzkum byl realizován během měsíce října roku 2007 na oddělení následné ošetrovatelské péče v turnovské nemocnici. Záměrem průzkumu bylo zjistit personální předpoklady daného oddělení pro transformaci hospicové myšlenky.

Na základě poznatků získaných absolvováním stáže v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci je možné považovat personální předpoklady jako velmi důležitou podmínku pro zamýšlenou transformaci. Průzkumem bylo zjištěno, že na následném ošetrovatelském oddělení je se stávajícími zaměstnanci transformace hospicové myšlenky reálná. Průzkum potvrdil všechny stanovené předpoklady a přinesl i další poznatky důležité pro vypracování doporučení v podobě metodiky, která je cílem této bakalářské práce.

Zaměstnanci oddělení provedeným průzkumem potvrzují svůj kladný postoj k hospicové myšlence a mají také základní znalosti o hospicovém hnutí. Uvedené můžeme označit jako nezbytnou součást personálních předpokladů. Především bez kladného postoje k hospicové myšlence je nereálné provádět změny v přístupu k umírajícím. Průzkum ukázal ochotu zaměstnanců dále se v této oblasti vzdělávat ve formě odborné stáže v hospici či seminářů ke zvyšování komunikačních dovedností s umírajícími a jejich blízkými.

Průzkum se dále zabýval i vzhledem do osobního postoje zaměstnanců k prožívání posledních chvil života. Zaměstnanci nejsou spokojeni se zajištěním posledních chvil života pacientů na následném ošetrovatelském oddělení. Téměř celý průzkumný vzorek má jinou představu o prožití posledních chvil svého vlastního života či života svých blízkých.

Zaměstnanci na základě svých osobních zkušeností získaných prostřednictvím pozorování na daném oddělení poskytli cenné informace pro zajištění důstojného umírání zde. Za největší překážku pro důstojné umírání zaměstnanci uvedli absenci soukromí pro umírající, která je

dána především vícelůžkovými pokoji. Na oddělení není možné zajistit blízkým prožívat nerušeně s umírajícím jeho poslední období života. Následně je také nereálné bez patřičného soukromí pomoci umírajícím naplnit jejich potřeby. Zaměstnanci bylo uvedeno, že pacient umírá v kolektivu cizích lidí, to je možné považovat za překážku v uspokojení základních potřeb umírajících. Jak bylo uvedeno v teoretické části této bakalářské práce, k základním potřebám terminálně nemocných patří potřeby nejen biologické, ale dále potřeby psychologické, sociální a nemůžeme opomenout potřeby spirituální. Nemocnice dokáže uspokojit potřeby biologické, i když ne zcela, jak bylo zjištěno průzkumem - pacienti někdy umírají v bolesti. Pro uspokojení zbývajících potřeb chybí potřebné podmínky.

Stávající režim oddělení neumožňuje přistupovat k umírajícím individuálně podle jejich potřeb a umožnit kvalitní prožívání života až do jeho konce. Situace je spíše opačná, umírající se v závěru svého života musí přizpůsobit v cizím prostředí neznámým spolupacientům a nemocničnímu režimu. Na individuální přístup není prostor ani dostatek zaměstnanců, dobrovolnická činnost neexistuje.

Získané poznatky z provedeného průzkumu je možné považovat za základ pro vytvoření metodiky, která vychází i z poznatků teoretické části bakalářské práce a osobního pozorování oddělení. Vytvoření metodiky je jednou z možností jak pomocí personálu zajistit důstojné prožívání závěru života i na oddělení následné ošetrovatelské péče v turnovské nemocnici.

## **2.6 Metodika transformace hospicové myšlenky na oddělení turnovské nemocnice**

### **2.6.1 Východiska metodiky**

Metodika je vytvořena na základě stávajících provozních, materiálních a personálních podmínek následného ošetrovatelského oddělení. Pro vytvoření metodiky je nezbytné z těchto podmínek vycházet, proto je nejprve uvádím v následujícím souhrnu:

#### ***Provozní podmínky:***

- Oddělení je součástí nemocnice, která je společností s ručením omezeným - společník Město Turnov.
- Neexistují další zdroje financování péče na oddělení.
- Na oddělení navazuje v bezprostřední blízkosti lůžkové chirurgické oddělení.
- 18 lůžek rozmístěných ve dvou pětilůžkových pokojích, ve dvou třílůžkových pokojích a jednom dvoulůžkovém pokoji.
- Provoz oddělení je řízen nemocničním režimem.
- Dostupnost odborné lékařské a ošetrovatelské péče je po celých 24 hodin denně.
- Návštěvy na oddělení jsou možné denně mezi 14-17 hodinou. Individuálně je možné domluvit návštěvu i mimo uvedené hodiny.
- Neexistují prostorové podmínky pro společný pobyt umírajících a jejich blízkých.<sup>91</sup>
- Soukromí pro umírající a jejich blízké není téměř žádné.
- Nemocnice nemá k dispozici rozlučkovou místnost, kde by se mohli pozůstalí rozloučit se svým blízkým po smrti.

#### ***Materiální podmínky:***

- Prostředí oddělení působí strohým nemocničním dojmem.
- Materiální vybavení je v porovnání s ostatními odděleními v nižší kvalitě.
- Na pokojích je pouze jedno místo pro návštěvy - jedna židle.
- Na chodbě je jedna koženková lavice a před vstupem na balkónek stolek a židle.
- Na oddělení je kuchyňka pro přípravu nápojů pro pacienty a na přípravu svačin.

---

<sup>91</sup> Příloha č.6: Fotografická dokumentace – obr. č.10.

### ***Personální podmínky:***

- Stávající personál oddělení má na základě provedeného průzkumu předpoklady pro transformaci hospicové myšlenky.
- Rodina je pouze okrajově součástí týmu pečujícího o terminálně nemocné.
- Oddělení nemá žádné dobrovolníky.

## **2.6.2 Metodika transformace**

### **Návrh na provedení opatření směřujících k připravenosti oddělení na akceptaci hospicové myšlenky**

- **Seznámení managementu nemocnice s výsledky průzkumu a diskuse nad možnostmi zkvalitnění péče o terminálně nemocné na daném oddělení.**
- **Pracovat na tvorbě vícezdrojového financování nemocniční péče.**
  - Informace veřejnosti - oslovení potencionálních sponzorů např. podnikatelská sféra, velké podniky.
  - Uspořádání benefičního koncertu nebo podobné akce za účelem informovat veřejnost a získat další prostředky.
  - Zahrnout zajištění paliativní péče na oddělení i do Komunitního plánování na Turnovsku.
  - Registrace oddělení na MPSV jako poskytovatele sociálních služeb podle Zak. č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších novel a předpisů.
- **Vytvoření důstojnějšího a příjemnějšího prostředí.**
  - Zkvalitnit poskytovanou péči postupným snižováním lůžek na pokojích s cílem dva čtyřlůžkové pokoje, dva dvoulůžkové pokoje a jeden jednolůžkový pokoj.
  - Na pokojích vytvořit prostor pro posezení blízkých u lůžka a vhodnými zástěnami vytvořit alespoň zčásti pocit soukromí.
  - Pokoje vkusně vyzdobit pomocí obrázků a květin.
  - Snažit se sehnat sponzory na nákup kvalitních antidekubitních pomůcek.
  - Příjemně a pozitivně vyzdobit i chodbu, vytvořit zákoutí s křesílky a květinami oddělené např. květinovou stěnou v prostorách před balkónem.
  - Do péče o květiny a zvelebení prostředí zapojit i dobrovolníky.

▪ **Přizpůsobení nemocničního režimu co nejvíce individuálním potřebám umírajících.**

- Snažit se přizpůsobit umírajícím v jejich určení času pro jídlo - využít kuchyňku na oddělení pro možnost ohřátí jídel.
- Pokusit se o vypracování změny jídelníčku terminálně nemocných společně s dietní sestrou nemocnice.
- Nerušit umírající během jejich odpočinku z důvodu jídla, měření teploty a jiných z pohledu nemocniční péče důležitých procedur.
- Zajistit možnost kontinuálních návštěv a podmínek pro ně.
- Před vstupem do pokoje vždy zaklepat a několik vteřin vyčkat, respektovat soukromí pacientů.

▪ **Zvýšení kvality poskytované péče prostřednictvím personálu oddělení.**

- Seznámení personálu se záměrem transformace hospicové myšlenky na oddělení.
- Aplikace nápadů personálu na zkvalitnění péče do praxe.
- Tvorba individuálních vzdělávacích plánů personálu s ohledem na poskytování paliativní péče. Poskytovat personálu pravidelné kontinuální vzdělávání.
- Usilovat o navýšení personálu oddělení.
- Zajistit personálu pravidelnou supervizi nebo jinou formu podpory a eliminování negativního dopadu náročné péče.

▪ **Vytvoření podmínek pro podporu blízkých umírajícího.**

- Zahrnout blízké do cílové skupiny poskytované péče a poskytovat jim podporu, péči a doprovázení.
- Poskytovat blízkým taktním způsobem informace jak mohou umírajícím pomáhat ve zvýšení kvality života terminálního období.
- Monitorovat potřeby blízkých umírajících pacientů a pozůstalých
- Vytvořit důstojné prostředí pro blízké umírajících - místo k sezení u lůžka, možnost využít zástěny či pleny mezi lůžky apod.
- V případě potřeby zprostředkovat kontakt na psychologa nebo jinou podobnou formu podpory.

- Informovat blízké o možnosti kontaktu se sociální pracovníci, potřebují-li sociálně-právní poradenství nebo jinou pomoc v jednání s úřady.
  - V prostředí nemocnice hledat řešení pro vybudování pietní místnosti pro rozloučení blízkých se zemřelým, využívat ji i jako důstojnou alternativu pro zajištění povinného dvouhodinového klidu zemřelého.<sup>92</sup>
- **Zapojení dobrovolníků do transformace hospicové myšlenky.**
- Vytvoření informačních letáčků, inzerát do místního tisku a kabelové televize.
  - Při získávání dobrovolníků se zaměřit především na turnovské střední školy jako je gymnázium a střední zdravotnická škola, dále Klub důchodců a církevní společenství.
  - Ustanovení koordinátora dobrovolníků v týmu pečujícím o umírající.
  - Informační schůzka se zájemci o dobrovolnictví a vzájemná diskuse nad možnostmi pomoci.
  - Vytvoření vzdělávacího programu pro dobrovolníky ve spolupráci se Vzdělávacím centrem Turnov. Vzdělávací programy mohou být využity dalšími zájemci o dobrovolnictví v jiných organizacích, popř. zájemci o hospicovou péči.
  - Pravidelné schůzky s dobrovolníky za účelem vzájemného sdílení a jejich podpory s možností supervize.
- **Podpora pro bio-psycho-sociální a spirituální potřeby umírajících pacientů**
- Monitorovat potřeby umírajících pacientů s cílem vytvářet podmínky pro jejich uspokojení na oddělení.
- Základním předpokladem je pravdivé a taktní podávání informací o prognóze zdravotního stavu především pacientovi a následně i jeho blízkým.
- Poskytnout personálu vzdělávání v oblasti komunikace s těžce nemocnými a jejich blízkými. Personálu umožnit prostřednictvím Balintovských skupin kompenzaci zátěže probíráním jednotlivých případů.

---

<sup>92</sup> Příloha č.6: Fotografická dokumentace – obr. č.14



### **Potřeby biologické**

- Bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů s cílem odstranit fyzické utrpení.
- Prevence bolestivých stavů včetně proleženin, provádění vhodného a pravidelného polohování. Možnost využití bazální stimulace.  
Pro využití bazální stimulaci v péči o umírající zajistit proškolení personálu v uvedené oblasti.
- Pečovat o pokožku umírajících promazáváním i jako prevence proleženin.
- Péče o pitný režim s přizpůsobením možnostem umírajícího (např. kostky ochuceného ledu, injekční stříkačka s brčkem).
- Péče o dutinu ústní vytíráním tyčinkami se speciálním roztokem pro zamezení nepříjemných pocitů umírajícího.

### **Potřeby psychologické**

- Poskytovat umírajícím účinnou podporu pro zmírňování psychických symptomů jako je deprese, delirium, ale také strach, hněv, smutek a mnoho dalších.
- Respektovat umírajícího jako člověka s lidskou důstojností, a to nezávisle na jeho tělesných, psychických a jiných projevech.
- Pro kvalitní uspokojení psychologických potřeb pracovat na vzdělávání personálu a to v následujících oblastech:
  - Umožnit vzdělávání v oblasti psychoterapeutických výcviků např. psychoterapie orientovaná na člověka podle Rogerse nebo logoterapie (finančně náročné výcviky kompenzovat finanční spoluúčastí personálu). Přínosem může být i základní orientace v těchto psychoterapeutických směrech.
  - Prostřednictvím seminářů seznámit personál s metodami validace a preterapie.<sup>93</sup>

### **Potřeby sociální**

- Podporovat blízké umírajícího v co možná nejčastějším kontaktu.
- Poskytovat umírajícímu a jeho nejbližším podporu a vhodné podmínky pro vzájemné sdílení popř. dořešení pošramocených vztahů.

---

<sup>93</sup> Blíže k pojmům validace a preterapie např. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005.

### **Potřeby spirituální**

- Poskytovat vhodné doprovázení umírajícím, aby docházelo k uspokojení spirituálních potřeb.
- U věřících na jejich přání zprostředkovat kontakt s duchovním a umožnit vytvoření vhodných podmínek.
- Nevěřícím napomáhat v hledání odpovědí na otázky jejich vnitřního života.
- Doprovázet umírající v závěru jejich života, pomáhat jim nalézat jeho smysluplnost a následně napomáhat k jejich smíření a vyrovnaní se s prožitým životem.

V oblasti uspokojení spirituálních potřeb možno využít výše uvedené psychoterapeutické směry a techniky.

### 3 Závěr

*„Všechno má svou chvíli  
a každá věc pod sluncem má svůj čas:  
Čas rodit a čas umírat;  
čas plakat a čas se smát.  
Čas naříkat a čas tančit;  
čas objímat a čas odříkat se objímání.  
Čas hledat a čas ztrácet;  
čas mlčet a čas hovořit.“*

Kazatel

Člověk se rodí s důstojností k novému přicházejícímu života nejen svých nejbližších, ale i personálu nemocnice. Všichni kolem nově narozeného dávají najevo, že zrození je přirozená a radostná součást života.

S umíráním, jako obdobím odcházejícího života, je tomu trochu jinak. S důstojností se rodíme, ale s důstojností umírají jenom někteří. Staří umírající lidé se přestěhovali do institucí - do nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných a domovů důchodců, co nejdále od přirozeného prostředí domova, kde prožili svůj život. I samotné umírání se zinstitalizovalo, jakoby nebylo součástí života, jakoby nebylo možné přirozeně ze života odejít.

Hospicové hnutí usiluje o zachování přirozeného běhu života v důstojných podmínkách, snaží se změnit pohled veřejnosti na umírání. Nesnaží se umírání povyšovat nad jiné životní etapy, ale vytýčit mu v životě své přirozené místo jako završení prožitého života. Umírání je sice smutné a ve svých důsledcích i bolestné, ale je přirozené. Tak jako k životu nedílně patří radostný okamžik při narození nového člověka, stejně tak sem patří smutek a žal při ztrátě blízkého.

Hospicová myšlenka oslovila i mě především svojí úctou k člověku, kterou člověk neztrácí za žádných podmínek. Spíše naopak, umírající úctu na konci života, díky lidem ve svém okolí, ještě získávají, a to hodnotou prožitého života.

Téma hospicové myšlenky se stalo námětem pro vypracování méj bakalářské práce. Záměrem teoretické části bylo na základě analýzy sekundárních zdrojů vypracovat kvalitní podklad pro zpracování praktické části. Teoretická část bakalářské práce se snažila o seznámení se základními pojmy týkající se hospicové péče. Byla věnována základním potřebám terminálně nemocných, komplexní podpoře blízkých terminálně nemocných a

dalším zásadám, které jsou typické pro hospicové hnutí. V teoretické části byla vytvořena analýza nemocniční péče, která je často vnímána jako protiklad k péči hospicové. V kapitole věnované nežádoucím vedlejším efektům nemocniční péče bylo možné sledovat důsledky této péče v porovnání s hospicovou.

Cílem praktické části práce bylo vytvoření metodiky pro transformaci hospicové myšlenky na následné ošetrovatelské oddělení turnovské nemocnice. Hospicová myšlenka musí být vlastní personálu, který pečuje o terminálně nemocné. Není-li tomu tak, nemůže personál uplatňovat paliativní přístup k umírajícím. Personál následně nezvládne monitorování a pomoc při uspokojování základní bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, které má každý umírající člověk.

Pro naplnění cíle praktické části bylo nutné shromáždit informace o následném ošetrovatelském oddělení turnovské nemocnice. Informace byly získány analýzou sekundárních zdrojů, osobním pozorováním oddělení a rozhovory s personálem oddělení. Důležitým podkladem pro vypracování metodiky se stal realizovaný průzkum personálních předpokladů daného oddělení pro transformaci hospicové myšlenky. Průzkumem byly potvrzeny všechny stanovené předpoklady, které následně vedly k závěru, že hospicovou myšlenku je reálné transformovat se stávajícím personálem. Prostřednictvím provedeného průzkumu byly získány cenné podněty, které se následně staly podkladem pro vypracování metodiky.

Cílem bakalářské práce bylo vypracování metodiky pro práci s terminálně nemocnými seniory v turnovské nemocnici. Stanoveného cíle bylo vypracováním metodiky dosaženo a vedení Panochovy nemocnice Turnov bylo s výsledky průzkumu seznámeno. Provedeným průzkumem se dále podařilo zmapovat vzdělávací potřeby personálu oddělení.

Uvedená bakalářská práce je pouze nepatrným přispěním k úsilí hospicového hnutí, které se snaží hospicovou myšlenku šířit všude tam, kde lidé umírají. Bakalářská práce přispěla k rozšíření mých znalostí k danému tématu a absolvování stáže v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci se stalo nesmírně cennou osobní zkušeností. Znalosti a zkušenosti získané během vypracování bakalářské práce bych ráda využila i pro seznámení ostatních např. personálu organizace, kde pracuji s tématem hospicové myšlenky. Především z důvodu naší cílové skupiny, kterou jsou senioři, s nimiž je podobně jako s terminálně nemocnými seniory v nemocnici spojeno zakončení života. Domovy důchodců podobně jako léčebny dlouhodobě nemocných a nemocnice patří k místům, kde lidé umírají nejčastěji.

Domnívám se, že budeme-li o smrti a umírání více mluvit nebudeme se konce života tak bát, nebudeme se ani bát být v těchto chvílích se svými nejbližšími. Jedním z důležitých znaků

vyspělé společnosti je schopnost postarat se o své nejkřehčí členy, kterými jsou malé děti, nemocní, postižení a umírající. Paliativní péče, která se nezaměřuje na vyléčení, ale na kvalitu života těžce nemocných, může přispět k uzdravení společnosti a mezilidských vztahů. Zlepšit podmínky umírajících a jejich nejbližších v naší společnosti není lehký úkol, ale je možné začínat malými kroky. A ty může dělat každý z nás právě tam, kde je nyní jeho místo.

## 4 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Umírání a smrt jako sociální problém*. Sociální práce. 2005, č. 2. ISSN 1213-6204.
2. BYOCK, I. *Dobré umírání*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.
3. CALLANANOVÁ, P., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary: Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
4. ČERMÁK, M. *Naděje na dobrou smrt*. Zdravotnické noviny. 2007. č. 7. ISSN 0044-1996.
5. FILEC, V. *Služby paliativní péče v systému zdravotní péče v České republice. Z informačních zdrojů nejen pro seniory. Cesta domů*.
6. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. 3. vyd. Brno: Cesta, 2006. 216 s. ISBN 80-7295-084-3.
7. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006. 240 s. ISBN 80-7295-085-1.
8. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-807262-471-3.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
12. HUČÍN, J. *I umírat se dá důstojně*. Psychologie dnes. 2002, č. 6. ISSN-1211-5886.
13. *Jak být nablízku: Provázení posledními týdny a dny života*. Praha: Cesta domů. 2005. 29 s.
14. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 280 s. ISBN 80-7254-235-4.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. 96 s. ISBN 80-85495-33-3.

17. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 95 s. ISBN 80-85495-43-0.
18. KUBÍČEK, L. *Život - největší umělecké dílo*. Olomouc, 1996. 96 s.
19. KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
20. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80 -85439-04-2.
21. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998. 196 s. ISBN 80-85319-79-9.
22. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-178-549-0.
23. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
24. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky: Smrt a umírání*. Brno, 1997. 75 s. ISBN 80-210-1610-8.
25. *Na cestách domů. Paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Cesta domů, 2006. s. 48.
26. PADLOVÁ, M. *Jak zajistit důstojné umírání*. Sestra. 2007, č. 12. ISSN 1210-0404.
27. PERA, H, WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 200 s. ISBN 80-7021-152-0.
28. *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
29. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 438 s. ISBN 80-7038-078-0.
30. SOUKUPOVÁ, T. *Umíme ještě truchlit?* Psychologie dnes. 2006, č. 5. ISSN 1212-9607.
31. SOUKUPOVÁ, T., *I pečující potřebují pomoc*. Psychologie dnes. 2006, č. 9. ISSN 1212-9607.
32. *Standardy hospicové paliativní péče*. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2006. 28 s.
33. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice umění doprovázet*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1995. 78 s. ISBN 80-902049-0-2.
34. ŠPINKA Š., ŠPINKOVÁ M. *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006.

35. ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do vývojové psychologie*. 1.vyd. Liberec: TUL, 2006. 103 s. ISBN 80-7372-057-4.
36. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
37. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
38. *V době zármutku*. Praha: Cesta domů, 2005. 29 s.
39. VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portal, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
40. VANIER, J. *Cesta k lidství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 160 s. 80-7178-805-8.
41. VODÁČKOVÁ, D. A KOL. *Krizová intervence: Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178.696-9.
42. VOKURKA. M.: *Praktický slovník medicíny*. Praha. 1993. 360 s. ISBN 80-85800-06-3
43. VORLÍČEK, I. , ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
44. VORLÍČEK, I., SLÁMA. O. *Paliativní medicína a dobrá smrt*. Lékařské listy. 2001, č. 6.
45. <http://www.cestadomu.cz/res/data/000118.doc?seek=1107644581> (20.9.2007)
46. <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2#30> (20.9.2007).
47. <http://hospice.cz/hospice1/org.php>. (20.8.2007).
48. <http://www.hospice.cz/hospice1/leg.php>. (20.8.2007).
49. [www.mnturnov.cz](http://www.mnturnov.cz) (20.11.2007)



## 5 Seznam tabulek a grafů

<b>Tabulka č. 1:</b>	Personální složení multidisciplinárního týmu hospice (s. 27)
<b>Tabulka č. 2:</b>	Personální složení nemocničního týmu (s. 36)
<b>Tabulka č. 3:</b>	Zkoumaný vzorek dle profesního zařazení (s. 46)
<b>Tabulka č. 4:</b>	Složení zkoumaného vzorku (s. 47)
<b>Tabulka č. 5:</b>	Garance hospice umírajícím (s. 48)
<b>Tabulka č. 6:</b>	Důstojné umírání (s. 52)
<b>Tabulka č. 7:</b>	Základní potřeby umírajících (s. 53)
<b>Tabulka č. 8:</b>	Překážky důstojného umírání (s. 55)
<b>Tabulka č. 9:</b>	Nenaplněná potřeba umírajících (s. 56)
<b>Tabulka č. 10:</b>	Téma konce života v rozhovoru s pacientem (s. 58)
<b>Tabulka č. 11:</b>	Komunikace s blízkými umírajícího (s. 60)
<b>Tabulka č. 12:</b>	Podmínky pro důstojné umírání (s. 63)

<b>Graf. č. 1:</b>	Znalost pojmu hospic (s. 48)
<b>Graf. č. 2:</b>	Stáž v hospici (s. 49)
<b>Graf. č. 3:</b>	Vzdělávání v oblasti paliativní péče (s. 50)
<b>Graf č. 4:</b>	Využití získaných informací ve svojí profesi (s.51)
<b>Graf č. 5:</b>	Důstojnost podmínek umírání prostředí oddělení (s. 54)
<b>Graf č. 6:</b>	Prožívání posledních dnů svého života (s. 57)
<b>Graf č. 7:</b>	Péče o blízké umírajícího (s. 59)
<b>Graf č. 8:</b>	Výcvik v komunikačních dovednostech (s. 61)
<b>Graf č. 9:</b>	Podmínky pro důstojné umírání na oddělení (s. 62)

## **6 Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Certifikát o absolvování cyklu školení pro multidisciplinární hospicové týmy (s. 8)

**Příloha č. 2:** Osvědčení o absolvování odborné praxe u lůžka terminálně nemocných (s. 8)

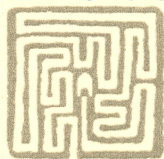
**Příloha č. 3:** Práva pacientů (s. 39)

**Příloha č. 4:** Charta práv umírajících (s. 41)

**Příloha č. 5:** Dotazník (s. 45)

**Příloha č. 6:** Fotografická dokumentace

CESTA



DOMŮ

# C E R T I F I K Á T

*Jiřka Kozáková*

*absolvovala / absolvoval*

*1., 2. a 3.*

*seminář cyklu školení pro multidisciplinární hospicové týmy*

**Program cyklu:**

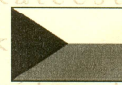
- 24. 2. 2006: Mobilní hospic – Zakládání, principy a organizace práce
- 24. 3. 2006: Mobilní hospic – Na cestě s nemocnými a jejich rodinami
- 21. 4. 2006: Mobilní hospic – Doprovázení pečujících a pozůstalých
- 26. 5. 2006: Mobilní hospic – Komunikace uvnitř i vně

Cyklus seminářů pořádalo od února do května roku 2006  
hospicové občanské sdružení Cesta domů, Bubenská 3, 170 00 Praha 7.

Semináře vedli členové týmu Domácího hospice Cesta domů.

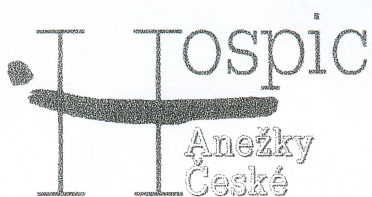
cestadomu@cestadomu.cz www.cestadomu.cz

Projekt odborných školení byl v roce 2006 spolufinancován Evropskou unií  
a státním rozpočtem České republiky.



V Praze dne **15. 6. 2006**

Martina Špinková, ředitelka



## OSVĚDČENÍ

Jitka KOZÁLKOVÁ

ABSOLVOVAL/A ODBORNOU PRAXI  
U LŮŽKA TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH

V DOBĚ OD: 30.4.2007 DO: 3.8.2007 V POČTU HODIN: 60

Hospic Anežky České  
5. května 1170  
549 41 Červený Kostelec  
Tel.: 491 467 030, fax: 491 462 154  
DIČ: CZ48623814

Lenka Lohová

ZA HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ  
V ČERVENÉM KOSTELCI

**Příloha č. 3: Práva pacientů ČR** (HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galen. 2002. s. 241.)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu

k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez udání důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

#### **Příloha č.4: Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“**

(„Charta práv umírajících“)

<http://www.cestadomu.cz/res/data/000118.doc?seek=1107644581>

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje je zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
  - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
  - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
  - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
  - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
  - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
  - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti



8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem bytí sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

- a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
  - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
  - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
  - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
  - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
  - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
  - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
  - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
  - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
  - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
  - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:



- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
  - aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
  - aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činen nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
  - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
  - aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
  - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický  
© Cesta domů

## Příloha č. 5 Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku oboru „Sociální pracovník“ na Pedagogické fakultě Technické univerzity v Liberci. V současné době pracuji na své bakalářské práci „Terminálně nemocní senioři v hospici a v nemocnici“ pod vedením Mgr. Kateřiny Sýkorové.

V této souvislosti se na Vás obracím, jako na odborníka se zkušenostmi v oboru, se žádostí o vyplnění anonymního dotazníku. U každé otázky označte, prosím, křížkem umístěným do ☐ odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru nebo Vaším zkušenostem. Je-li jiná možnost, uveďte odpověď písemně do určeného prostoru. Ráda bych získala maximální počet odpovědí na položené otázky, proto Vás prosím o pečlivost a trpělivost při vyplňování.

Se všemi Vámi uvedenými údaji bude zacházeno jako s přísně důvěrnými a po anonymním zpracování dat budou získané výsledky použity výhradně pro účely dané bakalářské práce.

Dotazník po vyplnění, prosím, vložte v zalepené obálce do schránky, která je k tomuto účelu umístěna na sesterně následného ošetrovatelského oddělení turnovské nemocnice. V případě nejasností mě můžete kdykoli kontaktovat na telefonním čísle 775 727 882.

Děkuji Vám za Vaši ochotu mi pomoci a především za čas, který věnujete vyplňování dotazníku.

Jitka Kozáková

XX

1. Je Vám známý pojem **hospic**?

- ☐ tento pojem je mi dobře známý
- ☐ vím o co se jedná
- ☐ mám matnou představu
- ☐ nevím, o co se jedná

2. Co garantuje hospic umírajícím? (uveďte alespoň 3 body)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Pokud by Vám nemocnice umožnila absolvovat stáž v hospici, uvítali by jste ji?

- ☐ určitě ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ určitě ne

4. Zúčastnili jste se školení, přednášky na téma paliativní (hospicové) péče?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevzpomínám si

*Pokud jste na předešlou otázku odpověděli „ne“ nebo „nevzpomínám si“, přejděte k otázce č. 6. Pokud jste na otázku č. 4. odpověděli „ano“ přejděte k následující otázce.*

5. Získali jste informace, které pociťujete jako přínosné pro Vaši práci?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

6. Co podle Vás znamená pojem **důstojné umírání**? (uvěďte 5 charakteristik).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Co patří k základním potřebám umírajícího, aby mohl žít kvalitní život až do konce?

- ☐ .....
- ☐ nevím
- ☐ nerozumím otázce

8. *S ohledem na otázky č. 6. a č. 7. Označil/-a byste umírání pacientů na oddělení následné ošetrovatelské péče za důstojné?*

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

*Pokud jste na otázku č. 8 odpověděli „ano“ nebo „nevím“, přejděte k otázce č.11. Pokud jste odpověděli „ne“ přejděte k následující otázce.*

9. Co je podle Vás hlavní překážkou, aby pacienti na oddělení následné ošetrovatelské péče umírali důstojně?

.....

10. Co považujete jako důležitou potřebu umírajících, kterou není možné uspokojit na oddělení následné ošetrovatelské péče?

.....

11. Chtěli byste Vy osobně (popř. pro vaše blízké) prožívat poslední dny svého života v prostředí nemocnice, kde nyní pracujete?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

12. Která z následujících variant, se nejvíce blíží Vaším pocitům, když s Vámi pacient začne mluvit o konci svého života, o smrti? (*můžete označit i více variant*).

- ☐ jsem poctěn/-a, že se mnou chce mluvit o tak důležitém tématu jakým je vlastní umírání a smrt
- ☐ necítím u sebe žádný problém hovořit s pacientem na toto téma
- ☐ někdy je to pro mě těžké
- ☐ jsem raději pokud o tomto tématu nechce hovořit se mnou
- ☐ mám problém, o smrti mluvit
- ☐ jiný (*uved'te Váš osobní pocit*) .....

13. Myslíte si, že je důležité, aby se personál věnoval i blízkým umírajícího?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

14. Umírá-li pacient, jak se cítíte při komunikaci s jeho blízkými? (*můžete označit i více variant*).

- ☐ cítím, že je mohu v tak těžké chvíli podpořit
- ☐ přijímám to jako součást mé profese
- ☐ problém v komunikaci s blízkými umírajícího necítím
- ☐ je mi jich líto a je to pro mě těžké
- ☐ komunikaci s blízkými umírajícího se raději vyhýbám, nevím co jim říct

15. Uvítali byste výcvik v komunikačních dovednostech s umírajícími a jejich blízkými?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

16. Domníváte se, že změna podmínek (prostředí, přístup k umírajícím, nemocniční řád apod.) by pomohla k vytvoření podmínek důstojného umírání?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

*Pokud jste na otázku č. 16 odpověděli „spíše ne“ nebo „rozhodně ne“, přejděte k otázce č. 18. Pokud jste odpověděli „rozhodně ano“ nebo „spíše ano“ přejděte k následující otázce.*

17. Které konkrétní podmínky by přispěly k vytvoření prostředí důstojného umírání?

.....

18. Na oddělení následné ošetrovatelské péče pracujete popř. tam docházíte jako:

- ☐ lékař
- ☐ sestra
- ☐ sanitářka
- ☐ fyzioterapeut
- ☐ jiné zaměstnání (*napište jaké*).....

19. Délka Vašeho pracovního poměru na oddělení následné ošetrovatelské péče je:

- ☐ do 2 let
- ☐ do 5 let
- ☐ více než 5 let

20. Jste: ☐ muž ☐ žena

21. Domníváte se, že v dotazníku jste něco postrádali? Pokud ano, prosím Vás o sdělení, co to bylo:

.....

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplňování dotazníku a přeji Vám do dalších dnů mnoho dobrého nejen ve Vaší náročné profesi, ale i v osobním životě.

## **Příloha č.6: Fotografická dokumentace**

Fotografie z Hospice Anežky České v Červeném Kostelci a z Panochovy nemocnice Turnov - oddělení následné ošetrovatelské péče



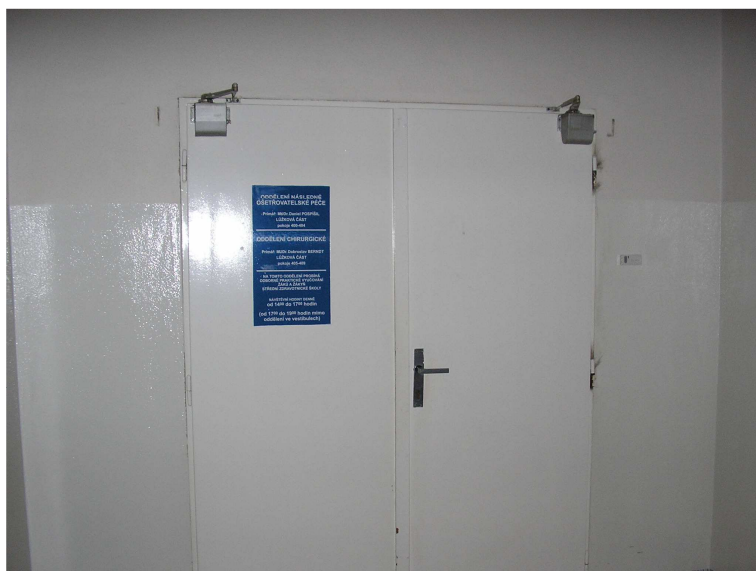
Obrázek č.1: Hospic Anežky České – terasa



Obrázek č.2: Hospic Anežky České – terasa



Obrázek č.4: Hospic Anežky České – vchod



Obrázek č.5: Vstup na oddělení následné ošetrovatelské péče





Obrázek č. 5: Hospic Anežky České - vstupní hala



Obrázek č. 6: Chodba oddělení následné ošetrovatelské péče



Obrázek č. 7: Hospic Anežky České - chodba





Obrázek č.8: Chodba oddělení následné ošetrovateľské péče



Obrázek č. 9: Hospic Anežky České - chodba



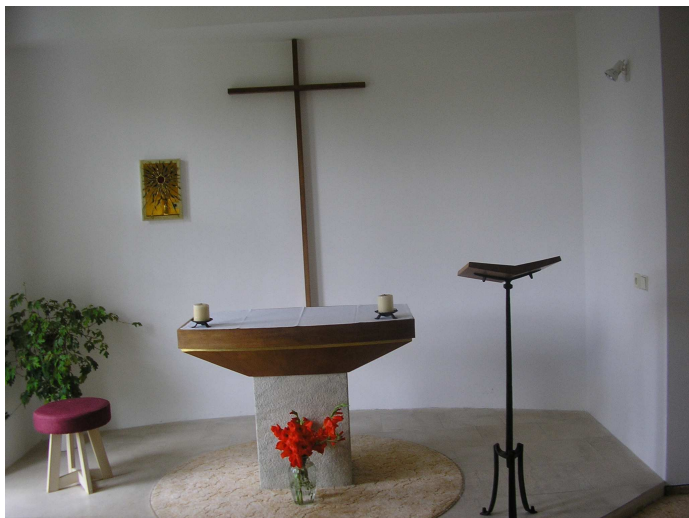
Obrázek č.10: Posezení na chodbě oddělení následné ošetrovatelské péče



Obrázek č. 11: Hospic Anežky České – zimní zahrada



Obrázek č. 12: Hospic Anežky české – kavárna



Obrázek č. 13: Hospic Anežky České – kaple



Obrázek č. 14: Hospic Anežky České – místnost rozloučení